

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan lasten kotisairaalan keskosvauvaperheen kotikäynnin tuotteistaminen ja palvelukuvaus

Aila Leponiemi

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Leponiemi, Aila	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 28.05.2015
	Sivumäärä 71	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Keski-Pohjanmaan keskussairaalan lasten kotisairaalan keskosvauvaperheen kotikäynnin tuotteistaminen ja palvelukuvaus		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Johanna Heikkilä, Hanna Hopia		
Toimeksiantaja(t) Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä, Lasten ja nuorten osasto		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteella tarkoitetaan asiakkaan palvelua. Palveluiden ohella voidaan tuotteistaa jokin toimintamalli tai työkäytäntö. Tuotteistamisella tarkoitetaan palvelujen tarkempaa määrittelyä, täsmentämistä ja profiloimista. Tuotteistamisen tavoitteena on uudistaa ja kehittää toimintatapoja vastaamaan paremmin asiakkaiden muuttuneita tarpeita.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuotteistaa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan keskosvauvan perheelle kohdistettu kotikäynti ja kuvata sen sisältö palvelukuvausten kautta. Opinnäytetyön tavoitteena oli vertailukehittämisen avulla selvittää Suomessa toimivien lasten kotisairaaloitten sairaanhoitajien tekemien keskosvauvaperheiden kotikäyntien sisältö. Kehittämistehtävänä oli kuvata roolia, vastuuta ja tehtäväkuvaa, jotka liittyvät sairaanhoitajan tekemään keskosvauvaperheen kotikäyntiin.</p> <p>Opinnäytetyöhön kerättiin tietoa haastatteleamalla sairaanhoitajia kaikista Suomen lasten kotisairaaloista (4 kpl), jotka tekevät keskosperheiden kotikäyntejä. Haastatteluaineisto analysoitiin vertailemalla neljän eri lasten kotisairaalan hoitokäytäntöjä. Aineiston lähteinä olleissa lasten kotisairaaloissa keskosvauvaperheen kotikäyntien sisältö ja toteutuskäytännöt olivat hyvin samanlaisia. Haastatteluaineistoa analysoimalla löytyivät ne hyvät käytännöt, jotka haluttiin sisällyttää omaan tuotteeseen ja näin muodostui Keski-Pohjanmaan keskussairaalan lasten kotisairaalan keskosvauvaperheen kotikäynnin palvelukuvaus.</p> <p>Saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä keskosvauvaperheiden kotikäyntejä. Kun tiedetään enemmän keskosvauvaperheiden tuen tarpeesta, voidaan ohjausta, voimavaroja ja henkilökunnan koulutusta kohdistaa vastaamaan paremmin perheiden tarpeita.</p>		
Asiasanat: tuotteistaminen, keskosuus, lasten kotisairaala, benchmarking, palvelukuvaus		
Muut tiedot		



Author(s) Leponiemi, Aila	Type of publication Master's thesis	Date 28.05.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 71	Permission for web publication: x
Title of publication Productisation and product description of house calls in premature babies' paediatric home care units in the Central Ostrobothnia Central Hospital District		
Degree programme Master's Degree Program in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Heikkilä, Johanna, Hopia, Hanna		
Assigned by Central Ostrobothnia Federation of Municipalities for Specialized Medical Care and Basic Public Services, Paediatric and Adolescent Ward		
<p>Abstract</p> <p>In health and social care the term 'product' is used in reference to the services received by the clients. In addition to services, also operational models and work practices can be productised. Productisation means that the services are defined, specified and profiled in detail. The goal of productisation is to reform and further develop operational models and work practices so as to better meet the needs of today's clients.</p> <p>The purpose of this thesis was to productise and describe house calls in the families of premature babies in the Central Ostrobothnia Central Hospital District by using service description. The goal of this thesis was to use benchmarking in order to learn about the content of house calls in premature babies' home care units in Finland. The development task was to describe the nurses' role, responsibility and work in the house calls to the premature babies' families.</p> <p>There are four paediatric home care units in Finnish hospitals making house calls to families with premature babies. The data for this thesis was collected by interviewing nurses from each of these hospitals. The interview data was analysed by comparing the nursing practices of these four paediatric home care units. The content and work practices of the house calls in the four hospitals' paediatric home care units were very similar. By analysing the interview data, the good work practices that would be included in our own product were found, and this was the basis of the product description of house calls in premature babies' paediatric home care units in the Central Ostrobothnia Central Hospital District.</p> <p>These results can be utilised when developing house calls to families with premature babies. When we know more about the needs of premature babies' families, it is possible to design the instructions, resources and personnel training to better match these needs.</p>		
Keywords: productisation, product description, premature baby, benchmarking, paediatric home care units		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 LAPSI SAIRAALASSA	5
2.1 Lasten sairastavuudesta	5
2.2 Lapsen sairauden kokeminen	6
2.3 Sairaalahoidon vaikutus lapseen eri ikäkausina.....	7
3 KESKOSUUS	9
3.1 Keskосуus ja sen syyt.....	9
3.2 Keskosen erityisyydestä ja ongelmista.....	10
3.3 Keskosen kotiutuminen ja keskosperheiden tuen tarve	13
4 KOTISAIRAALA TOIMINTA JA SEN ERI MUODOT	16
4.1 Kotisairaaloiminnan tausta	16
4.2 Lasten kotisairaaloiminta.....	17
4.2.1 Lasten sairaanhoidon standardit	19
5 LASTEN KOTISAIRAALAN TARKASTELUA ERI NÄKÖKULMISTA... 20	
5.1 Lasten kotisairaala lasten näkökulmasta.....	20
5.2 Lasten kotisairaala vanhempien näkökulmasta.....	21
5.3 Lasten kotisairaala hoitohenkilökunnan näkökulmasta	22
5.4 Lasten kotisairaala yhteiskunnan näkökulmasta	23
6 TUOTTEISTAMINEN	24
6.1 Tuotteistamisen määrittelyä	24
6.2 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla.....	26
6.3 Onnistuneen tuotteistamisen edellytykset	27
6.4 Ongelmat tuotteistamisessa.....	27
7 TUOTTEISTAMISEN TOTEUTUS	28
7.1 Tuotteistamisprosessi	28
7.1.1 Ongelmien ja kehittämistarpeen tunnistaminen.....	29
7.1.2 Ideavaihe	30
7.1.3 Tuotteen luonnosteluvaihe	31
7.1.4 Tuotteen kehittäminen ja valmistelu	33
7.1.5 Tuotteen viimeistely	35
8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	36
9 VERTAILUKEHITTÄMINEN OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄNÄ	36
9.1 Opinnäytetyön menetelmät ja toteutus.....	36
9.2 Aineiston hankinta.....	37
9.3 Aineiston analyysi	39
9.4 Aineistosta tuotteeksi	40
9.5 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	41

10 KESKOSVAUVAPERHEIDEN KOTIKÄYNTIEN TOTEUTUSMALLIEN	
VERTAILU	43
10.1 Palvelun käyttäjät	43
10.2 Päätös kotisairaalaan siirtymisestä	44
10.3 Asiakkaan palvelusta saama hyöty	44
10.4 Kotikäynnillä tarvittava välineistö, kotikäynnin sisältö ja ajallinen kesto.....	45
10.5 Kotikäynnin toteuttamisen asettamat vaatimukset sairaanhoitajalle	47
10.6 Asiakastyytyväisyyden mittaaminen.....	48
10.7 Sairaanhoitajan rooli ja vastuu keskosvauvaperheen kotikäynneillä	49
10.8 Ongelmat keskosvauvan kotisairaalahoidossa.....	50
10.9 Palvelun kustannukset asiakkaalle	51
11 KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALAN LASTEN	
KOTISAIRAALAN KESKOSVAUVAPERHEEN KOTIKÄYNNIN	
PALVELUKUVAUS	51
11.1 Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan keskosvauvaperheen kotikäynnin palvelukuvaus	51
11.2 Palvelukuvauksen muodostaminen.....	54
12 POHDINTA	56
LÄHTEET	61
LIITTEET.....	69
Liite 1. Kyselyn saatekirje	69
Liite 2. Suostumus haastatteluun osallistumisesta	70
Liite 3. Haastatteluteemat ja kysymykset	71
KUVIOT	
KUVIO 1. Tuotteen luonnostelua ohjaavat osatekijät	31
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Palvelun käyttäjät	44
TAULUKKO 2. Asiakkaan palvelusta saama hyöty	45
TAULUKKO 3. Kotikäynnillä tarvittava välineistö, kotikäynnin sisältö ja ajallinen kesto.....	47
TAULUKKO 4. Kotikäynnin toteuttamisen asettamat vaatimukset sairaanhoitajalle	48
TAULUKKO 5. Sairaanhoitajan rooli ja vastuu keskosvauvaperheen kotikäynneillä	49
TAULUKKO 6. Ongelmat keskosvauvan kotisairaalahoidossa	50
TAULUKKO 7. Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan keskosvauva- perheen kotikäynnin palvelukuvaus	51

1 Johdanto

Lasten hoitotyön kehitys on alkanut Suomessa yhdessä sairaalalaitoksen kehityksen kanssa. Alun alkaen lapsia hoidettiin yhdessä aikuisten kanssa eikä heillä ollut omaa erityisasemaa sairaanhoidossa. Vielä esimerkiksi vuonna 1848 Helsingin Uuden klinikan ohjesääntö kielsi alle 1-vuotiaiden lasten sairaalan ottamisen. Ensimmäinen tilapäinen lastensairaala perustettiin Helsingin yleiseen sairashuoneeseen vuonna 1893. Sairaalassa oli tuolloin 22 hoitopaikkaa, kaksi lääkäriä ja kaksi sairaanhoitajaa. Lastensairaalan omat tilat valmistuivat muutama vuosi myöhemmin, vuonna 1899. Lasten hoitaminen sairaalassa ei ollut vielä silloin kovin yleistä, vaan monien mielestä lasten sairaudet ja kuolema oli Jumalan tahto, jota vastaan ei *saanut* taistella. Asenteet kuitenkin muuttuivat elintason ja sivistyksen nousun myötä. Lasten sairaansijoja oli 1920-luvulla noin 200 lastensairaalassa, lääninsairaaloissa ja muissa sairaanhoitolaitoksissa joko aikuisten osastoilla tai erillisillä lastenosastoilla. Samaan aikaan myös lastensairaanhoito sairaanhoitajan osaamisena alkoi kehittyä lastenlääkäri Arvo Ylpön johdolla. Lastensairaansijojen määrä lisääntyi ja hoitomahdollisuudet paranivat 1950-luvulta lähtien, jolloin keskussairaaloita alettiin perustaa. (Tuuteri 1993, 19–67.)

Tänä päivänä lait ja säädökset ohjaavat lasten sairaanhoitoa. Suomessa lasten ja nuorten somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty pääasiassa viiden yliopisto- ja 15 keskussairaalan erikoislääkärijohtoihin klinikoihin tai toimintayksiköihin. Joissakin keskus- ja aluesairaaloissa lapset hoidetaan kuitenkin vielä samoilla osastoilla kuin aikuiset. (Lindén 2009, 30–31.) YK:n Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaan lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitettuista palveluista (YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista, 24 artikla).

Kodit ovat oleellinen osa lasten sairaanhoitoa ja hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet. Lasta hoidetaan kotona niin pitkään kuin on mahdollista erilaisten tukitoimien avulla. (Storvik - Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 100.) Nykyajan kehittynyt sairaanhoito ja lääketiede ovat mahdollistaneet, että yhä vaikeammin sairaita lapsia voidaan hoitaa ja kroonisesti sairaat lapset elävät kauemmin. Tämä kehitys on johtanut siihen, että on yhä isompi ryhmä lapsia, jotka tarvitsevat avukseen tekniikkaa ja jatkuvaa korkeatasoista hoitoa

joskus pitkiäkin aikoja. Respiraattorihoito ja parenteraalinen ravitseminen ovat esimerkkejä tästä. Tekniikan kehittymisen myötä lapsia voidaan hoitaa yhä enemmän kotona, lasten kotisairaalassa. Lasten kotisairaala tuo lapsen tarvitseman erikoissairaanhoidon lapsen kotiin. Palvelujen tuottaminen kotona on sekä lapselle että perheelle myönteinen ratkaisu, joka lyhentää sairaalassaoloaikaa. Lasten kotisairaalan toiminnan alkuvaiheessa kotisairaalan potilaat olivat kroonisesti sairaita lapsia. Myöhemmin lasten kotisairaala on mahdollistanut myös akuutisti sairaiden lasten hoitamisen kotona. (Lähdeaho, Heino-Tolonen & Kuusela 2011, 1924–1925; Wang & Barnard 2004, 36–46.)

Lasten kotisairaala palvelee yhä enemmän myös vastasyntyneiden hoidossa. Hoitomuoto sopii muun muassa ennenaikaisena syntyneille vauvoille, jotka tarvitsevat syöttökatetria ja syömisharjoittelua. (Lähdeaho ym. 2011, 1925.) Kun perheeseen syntyy keskosvauva, vanhempien tutustuminen lapseensa ja osallistuminen lapsensa hoitoon on tärkeää. Sairaalassa vanhempien osallistuminen keskosvauvan hoitoon tähtää selviytymiseen kotona. Keskosten hoitoon ja vanhemmuuteen liittyy kuitenkin monia täysiaikaisena syntyneen lapsen vanhemmuudesta poikkeavia piirteitä vielä kotiutumisen jälkeen. Keskosvauvan viestit voivat olla epätasällisia ja niitä on vaikea tulkita. Myös lapsen erilaisten kehitysriskien vuoksi vanhemmat tarvitsevat tietoa ja tukea vielä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Korhonen 2003, 12; Korhonen & Sukula 2004, 66; Lopez, Hoehn Anderson & Feutchinger 2012, 1.)

Lasten kotisairaala on vielä melko uusi toimintamuoto Suomessa ja niitä toimiikin vasta muutamalla paikkakunnalla. Suomen ensimmäinen ympärivuorokautinen lasten kotisairaala on toiminut Tampereen yliopistollisen sairaalan lastentautien vastualueella vuodesta 2001 lähtien. Myöhemmin vastaavaa toimintaa on käynnistetty mm. Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Vaasan keskussairaaloissa (Lähdeaho ym. 2011, 1923.)

Synnytysten lisääntyminen Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa on muiden synnytysyksiköiden lopettamisen myötä pakottanut Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin uudistamaan perinteisiä toimintatapoja ja kehittämään uusia toimintamalleja. Yksi uusi toimintamalli on lasten kotisairaaloiminta. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa on aloitettu lasten kotisairaaloiminta vuoden 2015 alussa. Tämä mahdollistaa myös keskosten nopeamman kotiuttamisen,

kun avosairaalasta voidaan tehdä myös kotikäyntejä. (Kotisairaalaprosjektisuunnitelma 2012.) Tämän opinnäytetyön **tarkoituksena** on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan keskosvauvan perheelle kohdistetun kotikäynnin tuotteistaminen ja sen sisällön kuvaaminen palvelukuvauksen kautta.

2 Lapsi sairaalassa

2.1 Lasten sairastavuudesta

Suomalaisten lasten imeväiskuolleisuus on maailman pienimpiä. Kuitenkaan suomalaisten lasten ja nuorten terveys ei ole niin hyvä kuin vähäisen imeväiskuolleisuuden perusteella luullaan. Lasten ja nuorten terveyden edistämisessä on Suomessa edelleen haasteita. Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt ja pitkiä sairaalahoitjaksoja vaativat vakavat masennukset ovat lisääntyneet. Oppimisvaikeuksia näyttää lapsilla olevan enemmän kuin aikaisemmin, ja myös nuorten alkoholinkäyttö on kasvanut. Lihavuus ja suomalaiset kansantaudit, kuten diabetes, astma ja allergia, ovat lasten ja nuorten keskuudessa lisääntymässä. (Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 110; Lindholm 2009, 16; Jauhiainen 2012, 824.)

Suomessa oli vuonna 2012 somaattisessa erikoissairaanhoidossa 67 919 iältään 0 - 14-vuotiasta lasta. Heille kertyi 244 586 hoitopäivää ja 91 368 hoitjaksoa. Hoitjakson keskimääräinen pituus oli 2,7 päivää ja lapsipotilaiden keskimääräinen ikä oli 4 vuotta (Somaattinen erikoissairaanhoido 2012.) Vuonna 2013 Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa lasten ja nuorten osastolla kertyi lasten sairaalahoitopäiviä 2 654 ja hoitjaksoja 1 352. Hoitjakson keskimääräinen kesto oli 2,0 päivää. (Pikkarainen 2014.) Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella asui 31.12.2013 alle 14-vuotiaita lapsia 14 766 (Väestö sairaanhoitopiireittäin ja ikäryhmittäin 31.12.2013.)

Useimmat lasten sairaudet ovat akuutteja ja paranevat itsestään. Äkilliset infektiotaudit vaivaavat ensimmäisten elinvuosien aikana ja ovat yleisin syy sairaalahoitoon. Kaikki lapset sairastavat infektioita, ja ne ovatkin tilastojen mukaan ylivoimaisesti tärkein syy päivähoidosta ja koulusta poissaoloihin. Lasten yleisin infektio on virusperäinen ylähengitystietulehdus, joita pieni lapsi sairas-

taa useita vuodessa. Nuhan seurannaistautina usein ilmenevä välikorvantulehdus, saattaa johtaa lapsen ajautumiseen ”korvakierteeseen”, moniin valvottuihin öihin ja antibioottilääkityksiin. (Sarkola & Paulamäki 2009, 183; Jauhiainen 2012, 824.)

Hengitystietulehdusten lisäksi ripuli- ja oksennustaudit, ihoinfektiot ja rokko- taudit vaivaavat lapsia etenkin talviaikaan. Suomalaisen rokotusohjelman myötä monet perinteiset kulkutaudit sekä lasten vakavat infektiot ovat maassamme joko olennaisesti vähentyneet tai kokonaan hävinneet. Erityisesti hemofilusrokotuksen käyttöönotto 1980-luvulla on vähentänyt aivokalvon- ja kunkannentulehduksen sekä eräiden muiden henkeä uhkaavien infektioiden määrää. Suomalaisten lasten rokotuskattavuus on 98,5 %. (Jauhiainen 2012, 824.)

Allergiat ja astma ovat toinen tärkeä sairausryhmä ja sen eri muotoja kaikista suomalaislapsista potee yli 10 %. Imeväisiässä allergia ilmenee useimmiten ruoka-aineallergiana ja ihottumana. Leikki-ikästä lähtien nuha ja silmien punoitus ovat tavallisia vaivoja, samoin kuin osalle lapsille ilmaantuva astma. Lasten allergioiden ja astman on todettu lisääntyneen viimeisten vuosien aikana. (Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 137; Ralli 2009, 191.)

Lasten tapaturmat ovat maassamme vähentyneet viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Tapaturmien vuoksi käy lääkärin vastaanotolla vuosittain kuitenkin useita kymmeniä tuhansia lapsia. Tapaturmista suurin osa on pieniä kolhuja, mutta liikennetapaturmat, hukkumiset, tapaturmaiset näön menetykset, palovammat ja myrkytykset ovat edelleenkin yleisiä. Tapaturmat ovat imeväisiän jälkeen yleisin lasten kuolinsyy. (Lasten ja nuorten tapaturmat 2010.)

2.2 Lapsen sairauden kokeminen

Kun lapsi tai nuori on ensimmäistä kertaa sairaalassa, sairaalahoitoon liittyy paljon erilaisia tapahtumia, jotka ovat lapselle uusia ja ennen kokemattomia. Lapselle sairaalaan joutuminen merkitsee luopumista kodin tutusta ja turvallista ympäristöstä sekä ajoittain myös turvaa ja lohdutusta tuovista vanhemmista. (Ivanoff, Åstedt-Kurki & Laitajärvi 1999, 273). Sairastuneella lapsella on

edessään paitsi äkillinen ympäristönmuutos, myös joukko outoja tutkimuksia ja toimenpiteitä, joista osa voi tuottaa kipua tai ainakin pelottaa lasta (Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 99; Talka 2009, 40–43; Kekkonen & Rantanen 2009, 7).

Ivanoff ym. (1999, 272–281) ja Talka (2009, 40–42) ovat tutkineet leikki-ikäisten lasten kokemaa sairaalapelkoa. Tutkimuksessa tuli esille, että sairaalaympäristö itsessään herätti lapsissa pelkoja. Sairaalahuone oli hyvin erilainen paikka kuin mihin lapsi oli tottunut. Vuodekin oli erilainen ja pelottava; se oli epämiellyttävän kova ja sen laidat olivat kylmät. Myös erilaiset sairaalassa käytettävät tutkimus- ja valvontalaitteet pelottivat lapsia. Sairaalalaitteiden muoto ja rakenne aiheutti lapsissa pelkoa ja esimerkiksi valvontalaitteiden näyttöjen valot lapset mielsivät laitteiden silmiksi ja koneiden ”tuijotus” pelotti lapsia.

Sairaalassa myös äänimaailma on erilainen kuin kotona tai lapselle muissa tutuissa paikoissa. Sairalahoidon aikana lapset kiinnittävät huomiota osastolta kuuluviin ääniin ja etsivät vieraille äänille selityksiä. Lapsen antamat selitykset äänille saattavat kuitenkin olla kaukana äänten todellisesta lähteestä. Vieraat, tunnistamattomat ja kovat äänet pelottavat lapsia. Ja esimerkiksi niin tavallisen ja usein toistuvan infuusiopumpun ääni voi olla lapsesta pelottava. (Ivanoff ym. 1999, 273; Talka 2009, 42.)

Lapsen sairastuminen koskettaa aina koko perhettä ja aiheuttaa tutkimusten mukaan vanhemmille huolta ja stressiä. Lapsen reagointiin vaikuttavat sairaus, lapsen kasvu- ja kehitysvaihe sekä aiemmat kokemukset sairastamisesta. Sairastuminen aiheuttaa lapselle ja koko perheelle muutoksen totuttuun ja turvalliseen rytmiin. Lapselle sairaalaan joutuminen merkitsee luopumista kodin turvallisesta ympäristöstä ja lisäksi sairaalassaolo saattaa olla lapsen ensimmäinen erokokemus vanhemmista. Mitä nuoremasta lapsesta on kyse, sitä riippuvaisempi hän on vanhemmistaan. (Lehto 2004, 21.)

2.3 Sairalahoidon vaikutus lapseen eri ikäkausina

Pienen lapsen maailma ei ole iso, se on vain oma perhe; äiti ja isä. Kun lapsi joutuu eroon kodistaan ja perheestään, voi hänen käyttäytymiseen tulla piirteitä, jotka ovat merkki separaatio- eli eroahdistuksesta. On arvioitu, että joutu-

minen eroon perheestä on suurin stressitekijä alle esikouluikäiselle lapselle, erityisesti alle 30 kuukauden ikäiselle vauvalle. Muita pienten lasten yleisiä pelkoja sairaalassa ovat valkoisten vaatteiden, pistosten, kiinnipitämisen, kodista erottamisen ja erilaisten kipujen pelko. Suurin osa lasten peloista liittyy sellaisiin tilanteisiin, joissa vanhemmat eivät ole läsnä. (Ivanoff ym. 1999, 273; Jokinen, Kuusela & Lautamatti ym. 1999, 15; Talka 2009, 44.)

Alle 1-vuotiaiden lapsien on todettu reagoivan sairastumiseen kokonaisvaltaisesti, lapsella on yleinen pahanolontunne. Imeväisikäinen lapsi pelkää äidin ja isän hylkäämistä ja erityisesti pakottaminen ja kiinnipitäminen lisäävät lasten pelkoja. Ensimmäisen ikävuoden lopulla lapsi alkaa vierastaa eikä suostu menemään muiden kuin vanhempiansa syliin. Vieraiden ihmisten pelko on voimakkaimmillaan ensimmäisen elinvuoden lopulla. (Lehto 2004, 73; Jokinen ym. 1999, 10, 15; Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 309.)

Leikki-iässä lapsi kasvaa ja kehittyy nopeasti; lapsen fyysiset taidot lisääntyvät, hän on utelias oppimaan ja laajentaa elinympäristöään. Lapsen kielellisen kehityksen lisääntyessä, hän kykenee myös vastavuoroiseen kontaktiin. Lapsen mielikuvitusmaailma on rikas ja mielikuvituksen avulla lapsi käsittelee kokemuksiaan. Mielikuvitus muokkaa myös lapsen kokemusta sairastumisesta ja sairaalassa olost. (Lehto 2004, 70; Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 305.) Leikki-ikäiset pelkäävät pimeyttä, yksinäjäämistä ja sairautta. Leikki-ikäinen olettaa, että sairaus johtuu ihmisen toiminnasta; väärin tekemisestä. He pelkäävät myös omaan kehoon kohdistuvia tutkimuksia ja toimenpiteitä ja esim. seurantalaitteita. (Jokinen ym. 1999, 16; Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 305–306.)

Flinkman & Salanterä (2004) ovat tutkineet leikki-ikäisten lasten pelkoja päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Tutkimuksen mukaan lasten kokemukset olivat pääosin myönteisiä ja lapset kokivat turvalliseksi vanhempien läsnäolon koko hoitoprosessin aikana. Pölkki, Pietilä & Vehviläinen - Julkunen (2003) ovat tutkineet 8-12 -vuotiaiden lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta. Lapsista suurin osa koki vanhempien läsnäolon helpottavan heidän kipua ja haastateltujen lasten tärkein toivomus vanhemmilleen oli yksinkertainen: äiti ja isä olisivat olleet enemmän lapsen luona sairaalassa.

Kouluiässä lapsi edelleen kasvaa ja kehittyy itsenäisemmäksi ja lapsen kyky sopeutua erilaisiin tilanteisiin lisääntyy koko ajan. Mutta kuitenkin sairaalassa ollessaan kouluikäinen lapsi pelkää edelleen eroa vanhemmista ja hän pelkää myös vieraita ihmisiä. Kouluikäisen lapsen on vaikea ymmärtää sairauden aiheuttamia rajoituksia ja hän voi kokea sairauden rangaistuksena. (Kirmanen 2000, 73.)

Murrosiässä keskeinen kehitystehtävä liittyy nuoren identiteetin kehittymiseen ja sen muodostumiseen (Broberg, Almqvist & Tjus 2005, 53). Murrosiässä tapahtuu suuria muutoksia nuorella kehollisesti, emotionaalisesti, kognitiivisesti ja sosiaalisesti. Kun murrosikäinen nuori sairastuu, hän voi pelätä sairauden aiheuttamia muutoksia, jotka kohdistuvat hänen kehoonsa tai ulkonäköönsä. (Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 309.) Sairaalassa nuori voi myös kokea, että joutuu eroon kavereistaan ja sosiaalisesta ympäristöstään; oman roolin tai aseman menettäminen saattaa pelottaa ja siksi oman perheen ja ystävien tuki on tärkeää nuoren sairastuessa (Kyngäs & Rissanen 2001, 204).

3 Keskosuus

3.1 Keskosuus ja sen syyt

Keskosella eli ennenaikaisella lapsella tarkoitetaan vauvaa, jonka raskauden kesto on ollut alle 37 raskausviikkoa. Arvo Ylpön määritelmän mukaan keskospainavat painavat pääsääntöisesti alle 2 500 grammaa. Keskokset voivat olla raskauden kestoon nähden pieniä, normaaleja tai suuria, aivan kuin muutkin lapset. Alle 1500 grammaa painavista tai ennen 32. raskausviikkoa syntyneistä keskosista puhutaan yleensä pieninä keskosina ja alle 1000 g painavasta keskosesta käytetään nimeä pienen pieni keskonen. (Metsäranta & Järvenpää 2013; Ennenaikainen synnytys: Käypä hoito-suositus, 2011.)

Vuonna 2012 Suomessa syntyi 59 856 lasta, joista keskusia (syntymäpaino alle 2500 g) oli 4,2 prosenttia. Pieniä keskusia (syntymäpaino alle 1 500 g tai raskauden kesto alle 32 raskausviikkoa) syntyi yhteensä 1 060 vuosina 2011–2012. Käytännössä tämä tarkoittaa noin 2500 keskoslasta vuosittain. (Vastasyntyneet 2012.)

Suurin osa ennenaikaisten synnytysten syistä jää epäselviksi. Suurimmassa osassa tapauksissa kyse on kuitenkin sikiön, äidin tai istukan sairaudesta. Raskaudenaikaiset komplikaatiot, kuten äidin raskausmyrkytys, koholla oleva verenpaine, verensokeri ja infektiot voivat aiheuttaa ennenaikaisia synnytyksiä. Keskosuuden riskiä lisäävät myös äidin huumeiden, alkoholin, tupakan ja muiden päihdyttävien aineiden käyttö. Lisäksi äidin matala tai korkea ikä voivat olla riskejä ennenaikaiselle syntymiselle. Myös monisikiöraskaus altistaa ennenaikaiselle synnytykselle ja on merkittävä tekijä keskosuudelle. (Arasola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2009, 401–410; Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 284–285; Ennenaikainen synnytys: Käypä hoito-suositus, 2011.)

3.2 Keskosen erityisyydestä ja ongelmista

Yhä pienempien keskoslasten jäädessä nykyisin henkiin myös keskosuuteen liittyvien ongelmien määrä lisääntyy. Lapsen kannalta keskosena syntyminen on koko elämää uhkaava riskitekijä, joka altistaa lapsen monille fyysisille, psyykkisille ja sosioemotionaalisille seurauksille. (Lehtonen 2009, 1333–1339.) Keskosen elimistö ja rakenteet eivät ole kehittyneet vielä riittävästi heidän ennenaikaiseen syntymäänsä mennessä. Siksi kaikki ennen 34. raskausviikkoa syntyneet vauvat tarvitsevat aluksi sairaalahoitoa ja kaikki ennen 30. raskausviikkoa syntyneet vauvat tarvitsevat tehostettua hoitoa (Fellman & Järvenpää 2007, 1100).

Keskosen sairaudet ovat seurausta elimistön epäkypsyydestä, yleisimpiä keskosuuteen liittyviä sairauksia ovat esimerkiksi aivoverenvuodot, hengitysvaikeudet, infektiot ja neurologiset ongelmat. Ennenaikaisesti syntynyt vauva on altis myös muille erityisongelmille, koska elimistön kehitys on vielä kesken. (Axelin 2010, 14; Metsäranta ym. 2013; Lehtonen 2009, 1334.) Vaikka osa 34–36 raskausviikoilla syntyneistä lapsista menestyy vierihoidossa, heidän hoidossaan on erityisesti huolehdittava lämmön ylläpidosta, ravinnosta ja normaalista verensokeritasosta (Fellman ym. 2007, 1100).

BPD (bronkopulmonaalinen dysplasia) on varsinkin pienillä keskosilla esiintyvä happi- ja hengityskonehoidon aiheuttama krooninen keuhkovaurio, jota on edeltänyt keskosen epäkypsyydestä johtuva keuhkosairaus, RDS (hyaliini-

membraanitauti). Käytännössä BPD tarkoittaa keuhkoputkiston ja keuhkokuksen kehityksen häiriötä, joka johtaa hapen ja hiilidioksidin vaihdon häiriintymiseen. BPD:n oireita ovat muun muassa pitkittynyt lisähapentarve (yli 36 raskausviikolle), limaisuus, rohina, hengitysvaikeudet ja joskus jopa obstruktiivinen vinkuna. Vaikeimmin sairaat keskoset saavat infektioiden hoitoon ja limaisuuteen keuhkoputkia avaavaa lääkettä inhalaatioina, happihoidon lisäksi, BPD:n hoitoon kuuluu myös nesterajoitukset, joskus nesteenpoistolääkitys ja riittävästä ravitsemuksesta huolehtiminen. (Fellman ym. 2007, 1102–1103; Metsäranta ym. 2013; Pelkonen 2003, 114–115.)

Tehohoitovaiheessa keskosvauvoilla todetaan myös aivoverenvuotoja. Aivoverenvuotojen esiintyvyys on kääntäen verrannollinen sikiöikään. Ennenaikaisella lapsella ovat epävakaa verenpaine ja vaikea hapenpuute aivoverenvuodon riskitekijöitä. Mikäli aivoverenvuoto on suuri ja aivokammio(t) laajenee, sen seurauksena voi kehittyä aivoverenvuodon jälkeinen kammiolaajentuma ja jopa hydrokefalus. Jälkiseurauksena kehittyy yleensä jonkinasteinen aivovaurio ja neurologisen kehityksen häiriö. (Fellman ym. 2007, 1113; Fellman & Lönnqvist 2002, 116; Kaukola 2005, 2; Metsäranta ym. 2013.)

Pienten keskosten ongelmia ovat CP-tyyppiset vauriot, erityisesti alaraajoihin painottuva spastinen diplegia tai tetraplegia. Vuosina 2000–2003 syntyneistä pikkukeskosista todettiin 3-6 – vuotiaana 6,1 %:lla CP-vamma ja alle 1000 g:n painoisina syntyneistä suomalaislapsista n. 14 %:lla todettiin viiden vuoden iässä CP-vamma. (Korvenranta, Lehtonen, Peltola, Häkkinen, Andersson, Gissler, Hallman, Leipälä, Rautava, Tammela & Linna 2009, 130; Mikkola, Ritari, Tommiska, Salokorpi, Lehtonen, Tammela, Pääkkönen, Olsen, Korkman & Fellman 2005, 1393.) Pienillä keskosilla myös keskittymisongelmat ja kognitiivisten taitojen häiriöt ovat yleisempiä kuin täysiaikaisena syntyneillä. Pikkukeskosista noin 30 % tarvitsee erityisopetusta koulussa. (Fellman ym. 2007, 1116; Mikkola, Tommiska, Hovi & Kajantie 2009, 1; Metsäranta ym. 2013.) Vain kaksi kolmesta pikkukeskosesta selviää ilman keskosuuteen liittyviä, ensimmäisten elinvuosien aikana todettavia pitkäaikaissairauksia (Korvenranta 2010, 34).

Keskosvauvojen syömiseen liittyviä ongelmia ovat muun muassa hitaampi syömisestä oppiminen, huono ruokahalu, oksenteluherkkyys ja ummetus, joiden riskiä lisäävät muun muassa neurologiset poikkeavuudet, BPD ja gastroesofageaalinen refluksi (Järvenpää, Luukkainen, Tammela, Peltola, Paganus & Aldén 2008, 6-7; Korhonen 2003, 82). Keskosien ravitsemukseen vaikuttavat vähäiset ravintovarastot, mahasuolikanavan, munuaisten ja suoliston epäkypsyys. Jos lapsi sairastaa, ravitsemukseen liittyy vielä enemmän ongelmia. Esimerkiksi BPD:tä sairastavalla keskosella kuluu paljon energiaa hengitykseen sekä lämmön ylläpitämiseen, mikä hidastaa osaltaan kasvua. (Järvenpää ym. 2008, 6.) Keskosien suun alueelle on voinut kohdistua epämiellyttäviä toimenpiteitä sairaalassaoloaikana, minkä vuoksi suun alueen kehitys on saattanut hidastua ja mielihyvän tunteminen vähentyä. Tämä voi vaikeuttaa syömistä. Keskosien syömistaitojen kypsyminen ajoittuu 36. raskausviikon jälkeiseen aikaan, jolloin imemisen, nielemisen ja hengittämisen koordinaatio on mahdollista ja vauva kykenee imemään ruuan suun kautta (Törölä 2011.) Keskosien syöttämisessä edetään aina vauvan voinnin mukaan. Kun lapsi ei jaksakaan imeä, annetaan ravinto hänelle syöttökatetrin kautta, mikä pienillä keskosilla kestää useita viikkoja.

Keskosvauvoilla immuunivaste on vielä kehittymätön ja tämä altistaa pienet keskoset erilaisille tulehduksille. Syntymän jälkeen noin kolmannes pienistä keskosista sairastaa ainakin yhden septisen yleisinfektion. Tehohoito lisää infektioiden määrää. Mitä epäkypsempi keskos on, sitä enemmän esiintyy keuhkotulehduksia esimerkiksi respiraattorihoidon aikana. Tehohoidossa olevan ja ennen aikaisesti syntyneen lapsen iho on ohut ja saattaa rikkoontua hoitojen yhteydessä (kiinnitysteipit), mikä suurentaa infektioriskiä. Samoin kanyylit ja letkut voivat toimia infektioreittinä. Septiset infektiot ovat selvästi yhteydessä neurologisen vammautumisen vaaraan. (Fellman ym. 2007, 1106–1108; Saxén 2002, 38.)

Varsinkin sairaat keskoset altistuvat hoidoille, joihin liittyy kuulo- ja näkövaurin riski. Riskilasten kuulo tutkitaan ensimmäisen kerran jo sairaalahoidon aikana, mutta osa vammoista kehittyy myöhemmin. Valtakunnallisessa keskosseurannassa viiden vuoden ikäisistä erittäin pienipainoisina syntyneistä, kuulolaitteen tarvetta oli 4 %:lla. Poikkeavia silmälöydöksiä todettiin 30 %:lla,

joista kolmasosa oli vastasyntyneisyyskaudella saanut laserhoitoa silmänpohjasairauteen. Tavallisimmin poikkeavuus oli likinäköisyyttä. (Mikkola ym. 2005, 1393.)

Pikkukeskosen immuunipuolustus on epäkypsä ja erityisesti ensimmäisen vuoden aikana esiintyy runsaasti hengitystieinfektioita. Hengitystieinfektioiden riski on erityisen suuri BPD- lapsilla. Keskoslapsset käyttävät ensimmäisen vuoden aikana sairaanhoitopalveluita enemmän kuin täysiaikaiset, sitä enemmän mitä pienempinä he ovat syntyneet. (Metsäranta ym. 2013; Korhonen 2010, 4092.) Korvenranta (2010, 34, 52) toteaa tutkimuksessaan, että niillä keskosilla, joilla oli keskosuuteen liittyviä pitkäaikaissairauksia, oli sekä pidempi ensimmäinen hoitojakso että suurempi riski joutua myöhemmin uudelleen sairaalaan. Heillä myös avohoidon käyntien määrä oli suurempi viiden vuoden seurantajakson aikana. Tavallisimpia sairaalakäynteihin johtavia syitä olivat hengitystieinfektiot ja CP-vammaisuus, kuulo- tai näkö tutkimuksiin liittyvät käynnit ja kouristuskohtaukset.

3.3 Keskosen kotiutuminen ja keskosperheiden tuen tarve

Kun lapsi syntyy ennenaikaisena, perheen perusturvallisuus on uhattuna ja usein epäilyt ja pelko esimerkiksi lapsen mahdollisista tulevista sairauksista varjostavat vanhemmuuden kokemista. Keskosen hoitoympäristö on teho-osasto laitteineen ja keskosvauvan perhe on tehohoidon aikana täysin ulkopuolisen avun varassa. (Huuskola 2005, 14–15; Korhonen 2003, 90, 92).

Keskosten hoidossa tarvitaan usein viikkoja ja kuukausia kestäviä hoitojaksoja sairaalassa. Vaikka keskoset ovat pieni potilasryhmä, vaatii heidän hoitonsa huomattavan osan teho-osastojen hoitopäivistä. Suomessa hyvin pienten keskosvauvojen tehohoito on keskitetty yliopistosairaaloihin ja tehohoitovaiheen jälkeinen jatkohoito pyritään järjestämään mahdollisimman lähelle kotia, keskus- ja aluesairaaloihin. (Lehtonen 2009, 1336). Keskosvauvan kotiutuminen on mahdollista, kun vauva osaa syödä itse maitoateriat joko rinnasta tai tutista, sillä lapsi kotiutetaan vain poikkeustapauksissa syöttökatetrin kanssa. Samoin keskosvauvan tulee säilyttää normaali lämpötila huoneenlämmössä. Tietystä kotiutuspainosta on jo useimmissa sairaaloissa luovuttu, mutta käytännössä kotiutuvat keskosvauvat painavat noin kaksi kilogrammaa. Kotiuttami-

sen mahdollistavat taidot keskosvauva saavuttaa usein lähellä laskettua syntymääjankohtaa. (Sukula & Korhonen 2003, 58).

Keskosvauvan kotiutuminen on yleensä odotettu ja riemullinen hetki, mutta siihen voi vanhemmilla liittyä myös pelkoa osaamisesta, jaksamisesta ja arjessa selviytymisestä (Korhonen 2003, 117; Mattila 2004, 47). Usein epäilyt ja pelot esimerkiksi keskosien mahdollisista tulevista sairauksista varjostavat vanhemmuuden kokemista ja keskosvauvan ensimmäinen vuosi kotona voi olla toivon ja epävarmuuden aikaa. Vanhemmat voivat kokea stressiä ja ahdistusta, masennusta ja surua. Myös luottamus omiin kykyihin vanhemmuudessa voi olla vähentynyt. Vielä kotiutumisen jälkeen keskosvauva voi vaatia erityishoitoja, joista selviytyäkseen vanhemmat tarvitsevat tietoa ja hoitotyön taitoja. Keskosvauvan hoito saattaa sitoa perheen voimavaroja enemmän kuin vanhemmat osasivat kuvitella ja siksi sosiaalisen ja ammatillisen tuen tarve voi lisääntyä. (Boykova & Kenner 2012, 82; Lopez ym. 2012, 207.) Korhosen (2003, 117) tutkimuksessa aineistosta nousivat esille voimakkaana erilaiset keskosten äitien kokemat pelot. Äitien pelot liittyivät pelkoon lapsen menettämisestä, omien voimavarojen riittämättömyyteen ja pelkoon tulevaisuudesta. Äidit kokevat myös syyllisyyttä, ettei raskaus edennyt täysiaikaisen lapsen synnyttämiseen.

Lapsen syntyminen keskosena on koko perheelle kriisi, joka vie paljon aikaa ja runsaasti perheen voimavaroja. Keskosten vanhemmat tarvitsevat yleensä paljon ulkopuolista tukea lapsen hoidossa (Lasteneuvolaopas 2004; Mattila 2004, 48–49). Paineita tuovat normaalin vauvanhoidon lisäksi keskosien kasvuun ja kehitykseen liittyvät haasteet, kun joitain hoitotoimenpiteitä täytyy jatkaa vielä kotona (Korhonen 2003, 128.) Perushoitojen lisäksi vanhempien tulee hallita lapsella mahdollisesti olevat erityishoidot. (Korhonen & Sukula 2004, 66; Lopez ym. 2012, 207.) Monilla keskosina syntyneillä lapsilla on hankaluuksia syömisen, ravitsemuksen ja vähäisen painonousun kanssa. Keskosvauva voi olla myös yliherkkä tai vetäytyvä ja vanhemmilla voi olla vaikeuksia saada vauvan viesteistä selvää. Tehohoidossa olleella keskosvauvalla vuorokausirytmien löytyminen voi viedä aikaa, myös vauvan kotiutuminen saattaa tilapäisesti muuttaa jo saavutettua vuorokausirytmää. Vitamiinien ja rautalääkityksen lisäksi, jopa vuosia kestävä keuhkolääkitys, perheen sosiaalista

elämää rajoittava keskosvauvan infektioherkkyys ja toistuvat kontrolli- ja terapiakäynnit voivat kuormittaa perhettä ensimmäisten vuosien aikana varsin paljon. (Nivala & Remes 2000, 62; Sukula & Korhonen, 2003, 60–62.)

Vanhempien selviämisen kannalta on tärkeää, että he saavat puhua omasta tilanteestaan ja tavata muita keskosen vanhempia. Vanhemmat tarvitsevat myös tietoa keskosuudesta ja ohjausta keskosen hoidossa. Sairaalassa hoitajakson aikana saatu tieto vaikuttaa siihen, miten perhe suhtautuu tulevaisuuteen kotona. (Arasola ym. 2009, 405; Lassila 2006, 49.) Vaikka potilasohjaus on kiinteä osa hoitotyötä, tutkimustulokset paljastavat, etteivät vanhemmat ole saaneet riittävästi tukea, ohjausta ja neuvontaa keskosvauvan sairaalassaolonaikana tai kotiutumisen jälkeen neuvolassa (Nivala ym. 2000, 68; Mattila 2004, 61–62). Tärkeimpiä virallisen tuen antajia olivat Mattilan tutkimuksessa neuvolan terveydenhoitaja ja keskussairaalan henkilökunta. Myös Nivala ja Remes nimeävät sairaalan henkilökunnan tärkeäksi tukijaksi.

Keskosperheitä tuetaan terveydenhuollon keinoin monin tavoin. Yleensä perheen tukeminen alkaa jo sairaalassa. Vauvaperhetyö, perhetyö ja kotikäynnit lasten kotisairaala- tai neuvola-ajan toisiaan lähellä olevia käsitteitä. Kaikkien näiden tavoite on kuitenkin sama; niillä pyritään tukemaan vauvaperheitä sekä vahvistamaan vauvan ja vanhempien kiintymyssuhdetta päämääränä terveyden edistäminen. (Korhonen 2003, 36.) Perheen tukimuotoja on useita, mutta hoitajan tekemät kotikäynnit keskospereheissä ovat edelleen tutkimuodoista tärkeimpiä (Lopez ym. 2012, 207). Viime vuosien aikana myös kehittynyttä teknologiaa on alettu hyödyntää välineenä keskospereheiden ohjauksessa. Muuan muassa Ruotsissa on tutkittu sähköisten viestimien käyttöä keskospereheiden ohjauksessa, videoneuvottelut, videopäiväkirjat ja Web-yhteys ovat vähentäneet keskospereheissä kotikäyntien tarvetta (Gund, Sjöqvist, Wigert, Hentz, Lindecrantz & Bry 2013, 3-11).

4 Kotisairaalatoiminta ja sen eri muodot

4.1 Kotisairaalatoiminnan tausta

Kotisairaalahoidolla tarkoitetaan potilaan kotona tai palvelutalossa annettavaa, ympärivuorokautista lääkärijohtoista erikoissairaanhoidoa, josta huolehtii kotisairaalan henkilökunta. Kotisairaala antaa sairaalatasoista hoitoa, joka tavoitteena on osastohoidon lyhentäminen ja välttäminen. Kotisairaalaan siirtyminen on potilaalle vapaaehtoista ja perustuu hoitavan lääkärin arvioon ja potilaan omaan tahtoon. (Ponnikas & Korhonen 2012, 12.)

Kotisairaalan ”juuret” tulevat Ranskasta, missä kotisairaalatoiminta on aloitettu jo 1960-luvulla. Suomeen malli kotisairaalaan siirtyi Ruotsin Motalasta, missä toiminta alkoi vuonna 1977. Kotisairaalatoiminta käynnistyi Suomessa nopealla vauhdilla, ensimmäisenä toiminta alkoi Tammisaaressa vuonna 1995 ja runsaan viiden vuoden kuluttua Suomessa oli jo 14 kotisairaalaa. (Visakorpi 2002, 13; Saarelma 2005, 1.)

Suomalaisiin kotisairaaloihin mallia on otettu Ruotsista, mutta toimintamuodot kotisairaaloiden välillä Suomessa ovat hyvin erilaisia. Osa kotisairaalastoista hoitaa kaiken ikäisiä ja kaikkien erikoisalojen potilaita. Jotkut kotisairaalastoista ovat keskittyneet tiettyihin sairauksiin ja /tai tietyn ikäisiin potilaisiin. Suomessa kotisairaalatoiminta voi olla joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. (Halonen 2012, 16–17; Visakorpi 2002, 17–18.) Uuden terveydenhuoltolain kohdissa 24 § ja 25 § on säädetty kuntien sairaanhoidon ja kotisairaanhoidon järjestämisvelvollisuudesta. Kunnilla on velvollisuus järjestää myös alueensa asiakkaiden kotisairaalahoito. (Terveydenhuoltolaki- pykälistä toiminnaksi.)

Vaikka kotisairaalatoimintaa toteutetaan eri maissa hyvinkin eri tavoin ja erilaisten nimikkeiden alla, niiden toimintaperiaatteet ovat kaikkialla kuitenkin hyvin samanlaiset. Kotisairaalahoito on potilaan kotona tai kotiin verrattavassa hoitopaikassa annettavaa ympärivuorokautista hoitoa, mikä muutoin vaatisi välitöntä sairaalahoitoa. Kotisairaalahoito perustuu aina potilaan suostumukseen ja tavoitteena on laitoshoidon lyhentäminen tai välttäminen. Kotisairaala-

hoidon hinta ei tulisi olla tavanomaista sairaalahoitoa kalliimpaa, eikä hoidon tulisi kestää pitempään kuin sairaalassa. Kotisairaalassa potilaan hoitoon ottamisesta ja hänen kokonaishoidostaan vastaa lääkäri (Ponnikas ym. 2004, 12; Saarelma 2005, 203).

Kotisairaalassa terveydenhuoltohenkilöstö suorittaa perinteisesti sairaalaympäristössä tapahtuvan hoidon potilaan omassa ympäristössä joko kotona tai siihen rinnastettavissa olevassa paikassa. Yleisimmin kotisairaalassa tehtäviä toimenpiteitä ovat esimerkiksi suonensisäistä antibioottihoitoa vaativat infektiot, nesteytys- ja ravitsemushoito, verensiirrot, haavahoidot, kivunhoito, saattohoito ja tukikotiutus. (Arvonen 2008, 12.)

Visakorpi (2002, 50–53) on määrittänyt hyvän kotisairaalatoiminnan vaatimuksia. Niitä ovat hoidon yksilöllisyys, potilaan itsemääräämisoikeus, hoidon yksityisyys, oikeudenmukaisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus, perhekeskeisyys ja jatkuvuus. Visakorpi (2002, 53) toteaa, että vaatimukset ja myös edellytykset ilmenevät käytännössä muun muassa vuorovaikutuksen ja asiakaan kohtelun laatuina, asiakkaalle annettuna aikana ja kiireettömyytenä.

4.2 Lasten kotisairaalatoiminta

Suomen ensimmäinen lasten kotisairaala aloitti toimintansa Tampereella vuonna 2001. Lasten kotisairaala Tampereella toimii Tampereen yliopistollisen sairaalan lastentautien vastuualueella ja tarjoaa ympärivuorokautista lasten kotisairaanhoidoa. Myöhemmin lasten kotisairaalatoiminta on käynnistynyt mm. Kotkassa, Lappeenrannassa ja Vaasassa. Lasten kotisairaalatoiminta on ollut vaihtoehto osastohoidolle, mutta myös vastaus perheiden toiveisiin, mahdollistaessaan asiakaslähtöisen hoitoprosessin lasten erikoissairaanhoidossa. (Lähdeaho ym. 2011, 1923.)

Kotisairaalassa voidaan hoitaa hyvin erilaista hoitoa tarvitsevia lapsia. Erilaisia potilasryhmiä ovat antibioottihoitoa saavat lapset, joilla on infektio, syöpä -ja terminaalihoidoa saavat lapset, vastasyntyneet ja keskoset, joilla on syömisongelmia tai pitkittynyttä keltaisuutta sekä kirurgisista toimenpiteistä toipuvat lapset. Tyypillisiä lasten kotisairaalassa toteutettuja hoitotoimenpiteitä ovat

suonensisäiset lääkitykset, injektiot, iho-ongelmien hoito, nenämahaletkuruokinta, keskuslaskimokatetrin käyttö sekä haavahoito. (Lähdeaho ym. 2011, 1924–1925.) Diabetesta sairastavia lapsia on suunniteltu uudeksi lasten kotisairaalan potilasryhmäksi Suomessa. Kokemukset muualta ovat osoittaneet, että diabetekseen (tyyppi 1) sairastuneen, hyväkuntoisen lapsipotilaan hoidonaloitus ja opetus voidaan turvallisesti aloittaa myös kotona. (Clar, Waugh & Thomas 2009, 7; Lähdeaho ym. 2011, 1926.)

Kotisairaalaan siirrytään päivystyspoliklinikalta tai osastolta, kun sairaus on selvästi diagnosoitu ja taudin kulku on todennäköisesti ennustettavissa. Päätöksen siitä, sopiiko lapsi kotisairaalaan, tekee aina lääkäri. Lapsen voinnin tulee olla hyvä ja vakaa ja lapsen sairauden tulee olla sopiva kotona hoidettavaksi, jolloin esim. jatkuvaa monitoriseurainta ei tarvita. Kotisairaalaasta saa apua yleensä ympärivuorokauden ja tarvittaessa lapsi voidaan välittömästi siirtää sairaalahoitoon. Joissakin lasten kotisairaaloissa toiminta tapahtuu vielä vain päiväaikaan. Lasten kotisairaalan hoitotiimi koostuu aina moniammatillisesta työryhmästä. (Lähdeaho ym. 2011, 1923–1924.)

Kotisairaalatoiminta on todettu taloudellisesti kannattavaksi. Säästöt johtuvat investointien vähäisyydestä. Kotisairaalatoiminnan takia uusia kalliita sairaaloita ei tarvitse rakentaa. Kotisairaalahoidon kulut muodostuvat pääasiassa henkilöstöstä ja lääkkeistä. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa lasten kotisairaalahoido maksaa kunnille keskimäärin 242 euroa päivässä. Säästöjä tulee myös siitä, että lasten akuuttien infektioiden kotihoito vähentää sairaalainfektioiden määrää. Kotisairaalatoiminta vapauttaa vuodepaikkoja sairaalasta vaikeimpien sairauksien hoitoon ja vähentää painetta perustaa lisää lasten sairaalapaikkoja. (Lähdeaho ym. 2011, 1925–1926; Parker, Spiers, Grinley, Atkin, Birks, Lowson, Light 2012, 10.)

Lasten ja nuorten hoitotyötä ohjaavat hoitotyön arvot ja periaatteet. Hoitotyön periaatteet on johdettu arvoista, koska ne ovat arvoja konkreettisempia ja myös käytännönläheisempiä. Lasten ja nuorten hoitotyötä ohjaavia periaatteita ovat yksilöllisyys, perhekeskeisyys, kasvun ja kehityksen tukeminen, turvallisuus, jatkuvuus, omatoimisuuden tukeminen ja kokonaisvaltainen hoito. (Storvik - Sydänmaa ym. 2012, 104.) Näiden periaatteiden tulee johtaa myös

kotisairaalatoimintaa. Lähdeaho ym. (2011, 1923) lisää lasten kotisairaalatoiminnan keskeisiin arvoihin myös hoidon nopean saatavuuden ja pitää hoidon laadun ja turvallisuuden edellytyksenä hyvää hoidon suunnittelua ja perheiden ohjausta.

4.2.1 Lasten sairaanhoidon standardit

Lasten sairaanhoidon standardit saivat alkunsa vuonna 1988 Leidenissa, jossa järjestettiin ensimmäinen lasten hyvinvointia sairaalassa käsittelevä eurooppalainen konferenssi. Siellä hyväksyttiin ensimmäinen ”Charter for Children in Hospital”, joka sisälsi 10 artiklaa. Niistä kehitettiin pohjoismaisena yhteistyönä pohjoismaiset lasten sairaanhoidon standardit ja ne on hyväksytty 16 eri Euroopan maassa. Standardit sisältävät kymmenen (10) periaatetta, jotka pohjautuvat YK:n Lapsen oikeuksien sopimukseen ja joissa on huomioitu eri-ikäisten lasten emotionaalisia ja kehityksellisiä tarpeita sairaalassa. Standardeilla halutaan antaa sairaalan henkilökunnalle kriteerejä lasten sairaanhoidon laadun turvaamiseksi. European Association for Children in Hospital, EACH:n jäsenyhdistysten tavoitteena on sisäistää standardit lainsäädäntöön, suosituksiin ja ohjeisiin Euroopan joka maassa. NOBAB (Nordisk förening för sjuka barns behov), katsoo, että standardien käyttö on yksi tapa edetä sairaalassa olevien lasten hoidon laadun turvaamisessa. (Suomen NOBAB-NOBAB i Finland ry.)

Myös Suomen NOBAB-NOBAB i Finland ry nostaa esiin, että lapsella on oikeus vanhempiin, kun hän sairastaa (2. ja 3. periaate). Siksi *lapsipotilas tulisi ottaa sairaalaan osastohoitoon vain silloin, kun hänen tarvitsemaansa hoitoa ei voida toteuttaa joko kotona tai poliklinisesti* (1. periaate). (Suomen NOBAB-NOBAB i Finland ry.)

5 Lasten kotisairaalan tarkastelua eri näkökulmista

5.1 Lasten kotisairaala lasten näkökulmasta

Lasten hoitotyötä on aikaisemmin tutkittu pääsääntöisesti vanhempien näkökulmasta. Lasten kotisairaalahoidosta löytyy vain vähän tutkimuksia. Clar ja muut (2009, 7) toteavat tutkimuksessaan, että lasten sairaalahoito aiheuttaa potilaalle ja hänen perheelleen stressiä, kun taas hoidon tuominen sairastuneen lapsen kotiin, helpotti sopeutumista sairauteen ja sen hoitoon. Sartain, Maxwell, Todd, Haycox & Bundred (2001, 114) toteavat tutkimuksessaan, että lapset, jotka olivat olleet sairaalahoidossa akuutin sairauden vuoksi, olisivat uudelleen sairastuessaan halunneet sairastaa kotona. Ja ne tutkimukseen osallistuneet lapset, jotka olivat olleet akuutin sairauden vuoksi kotisairaalahoidossa, olisivat halunneet uudelleen sairastuessaan hoitoa kotiin.

Lapset, jotka tarvitsevat kotisairaalahoitoa, voivat olla hyvin erilaisia sairauksiensa ja hoidon tarpeen suhteen. Kuitenkin koti on paras paikka lapsen kehitykseen ja kasvuun. Hoidon mahdollistaminen kotiin sairaalle lapsella vaikuttaa positiivisesti lapsen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Lasten kotisairaaloiminnan ei ole osoitettu aiheuttavan merkittäviä eroja lasten terveyteen, terveystalveluiden käyttöön tai sairaanhoitojaksojen pituuteen. (Cooper, Wheeler, Woolfenden, Boss & Piper 2009, 7; Sartain, Maxwell, Todd, Jones, Bagust, Haycox & Bundred 2002, 374.)

Tiina Pelander (2008, 86–88) väitöstutkimuksessaan kartoitti lasten näkemyksiä hyvästä, laadukkaasta hoidosta haastatteleamalla neljääkymmentä 4-11 –vuotiaasta lasta ja samalla lapset piirsivät toivesairaalan, missä toivoisivat itseään hoidettavan. Lapset odottivat hoitajien olevan kivoja, hauskoja, luotettavia sekä käyttävän värikkäitä vaatteita ja pojat toivoivat mieshoitajia. Lisäksi lapset toivoivat hoitajien auttavan, kuuntelevan, oleva läsnä, tekevän toimenpiteitä, selittävä ja ohjaavan. Huonoimman arvosanan lapset antoivat hoitajien viihdyttämistaidoista sairaalassa, lasten ikävimmät kokemukset liittyivät potilaana oloon, tuntemuksiin sairauden oireista ja erossaoloon. (vrt. Sartain ym. 2001, 113–114.)

5.2 Lasten kotisairaala vanhempien näkökulmasta

Sairaalan lapsen hoitaminen kotona on haastavaa ja raskas tehtävä vanhemmille ja koko perheelle. Varsinkin sairaan lapsen äidillä on suuri riski sairastua tai uupua itse, jos perheen saama tuki ja resurssit ovat riittämättömät. Erityisen tärkeää on huomioida sosiaalinen tuki, koska sairaan lapsen hoitaminen kotona aiheuttaa vaaran sosiaalisen elämän kaventumisesta ja rajoittumisesta. (Kirk, Glendinning & Callery 2004, 460; Wang & Barnard 2004, 39.)

Sartain ja muut (2001, 112) ovat todenneet tutkimuksessaan, että perheet, jotka saivat perinteistä sairaalahoitoa, eivät pystyneet sanomaan, olisivatko halunneet lapselleen kotisairaalahoitoa sairaalahoidon tilalle. Mutta perheet, jotka olivat saaneet kotisairaalapalvelua, halusivat jatkossakin kotisairaalapalvelua. Molemmissa ryhmissä perheet olivat tyytyväisiä lapsensa saamaan hoitoon.

Vaikka sairaan lapsen hoitaminen kotona on raskasta, vanhemmat hoitavat lastaan mieluummin kotona kuin sairaalassa. Kotisairaalapalvelua saaneet perheet korostivat positiivisena asiana sitä, että lapsi sai sairastaa kotona turvallisessa ja tutussa ympäristössä ja heidän mielestään lapsi oli myös parantunut nopeammin kotiloissa. Perheet, joissa kotisairaalapalveluiden tarve oli ollut lyhytaikaista (lapsella akuuttisairaus), perhe-elämä oli häiriintynyt vain minimaalisesti. Kuitenkin lapsen lyhytkin sairaalahoito oli aiheuttanut paljon muutoksia päivittäisiin rutiineihin, muun muassa töistä poissaoloja, lastenhoito- ja matkajärjestelyitä. (Cooper ym. 2009, 7; Sartain ym. 2001, 112.)

Vaikeasti sairaiden ja paljon hoitoa vaativien lasten hoitaminen kotona on vaikeaa koko perheelle. Perheen elämä muokkautuu sairaan lapsen tarpeiden ja hoitojen ympärille ja koko koti muuttuu sairaalamaiseksi. Sairasta lasta kotona hoitavat vanhemmat kokivat, että heillä oli kaksi erilaista roolia, toinen lapsen vanhempana ja toinen lapsen hoitajana ja joskus vielä lapsen ”asianajajana”. Yhteiskunta ei tue riittävästi näitä perheitä ja saatavissa olevat palvelut eivät sovi kaikille. Kotisairaalatoiminta on yksi mahdollisuus tukea näitä perheitä. (Kirk ym. 2004, 459–460; Kirk & Glendinning 2003, 212; Wang ym. 2004, 39.)

Tutkimukset (Kirk ja muut 2003; Kirk ja muut 2004) osoittivat, että vanhemmat olivat valmiita ottamaan suuren sairaanhoidollisen vastuun lapsen hoidosta tämän sairauden aikana. Varsinkin kotihoidon alkuvaiheessa vanhemmat pelkäsivät tekevänsä joitain hoitotoimenpiteitä väärin. Hoitoja, jotka olivat lapselle kivuliaita tai epämiellyttäviä, vanhempien oli vaikea suorittaa. Sairaiden lasten vanhemmilla oli myös pelko löytää oma lapsi kotoa kuolleen. (Kirk ym. 2003, 212; Wang ym. 2004; 39.)

5.3 Lasten kotisairaala hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Onnistuneen kotisairaalahoidon edellytyksenä on vapaaehtoisuus ja perheen ja sairaanhoitohenkilökunnan yhteinen näkemys siitä, että kotisairaalahoido on paras ja turvallinen vaihtoehto järjestää lapsen sairaalahoido. Perheellä on oltava aina mahdollisuus siirtyä kesken kotisairaalahoidon sairaalahoitoon. Tiedottaminen, kouluttaminen ja yhteyksien ylläpitäminen ovat keskeisiä kotisairaaloiminnassa. Avoin keskustelu perheen ja hoitohenkilökunnan välillä lapsen sairaudesta ja mahdollisista hoitokeinoista on myös yksi turvallisuutta lisäävä tekijä. (Kirk ym. 2004, 462; Visakorpi 2002, 36.)

Lastenosastoilla ja samoin kuin lasten kotisairaalassa hoidetaan yleensä alle 16- vuotiaita lapsia. Eri-ikäisten lasten hoitaminen asettaa omat vaatimuksensa sairaanhoitajien osaamiselle, sillä kukin lapsi on omassa kehitysvaiheessaan ja sairas. Lasten hoitotyössä työskenteleviltä sairaanhoitajilta edellytetään erityistaitoja – ja tietoja lapsen kasvusta ja kehityksestä sekä niiden vaikutuksesta toteutettavaan hoitotyöhön ja toisaalta myös sairauden ja sairastumisen vaikutuksesta lapsen kasvuun ja kehitykseen. Vastavalmistuneelta sairaanhoitajalta perehtyminen erikoissairanhoidossa toteutettavaan hoitotyöhön vie puolestatoista kahteen vuoteen (Tuomi 2008, 11). Lasten sairaudet ovat kaikilta lääketieteen erikoisaloilta, ne ovat osin samanlaisia, mutta paljolti erilaisia kuin aikuisilla. Lasten hoitotyön osaamiseen sisältyy kliinistä osaamista, vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamista eri-ikäisten lasten ja heidän vanhempiensa kanssa sekä taitoa huomioida lapsi hoitotyön päätöksenteossa. Sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen lasten hoitotyössä ovat vaikuttamassa sairaanhoidajan ikä ja kokemukset, työyhteisö ja organisaatio. (Tuomi 2008, 135–137.)

Hoitohenkilöstön perustehtävä lasten kotisairaalassa on huolehtia sairaan lapsen ja hänen perheensä kokonaisvaltaisesta hoidosta. Lasta hoitava lääkäri on vastuussa lääketieteellisen hoidon toteutumisesta. Lapsen hoidosta kulloinkin vastuussa oleva hoitaja toimii lapsen ja perheen tulkkina tai ”asianajajana”. Päätöksiä on osattava tehdä ja asioista on raportoitava rehellisesti. Hoitaja toimii yhteistyössä muun lasta hoitavan henkilöstön kanssa vanhempien tukena yrittämättä vaikuttaa vanhempien päätöksentekoon. On muistettava, että kotia ja siellä olevia sääntöjä hallitsee potilas. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff - Lahtela 2007, 139–141,172; Leino - Kilpi 2012, 35.)

Laki (Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä 14.6.2002/504) velvoittaa työnantajan selvittämään lasten kanssa työskentelevien henkilöiden rikostaustan ennen työsopimuksen tekemistä tai virkaan nimittämistä. Tämän lain tarkoituksena on suojella alaikäisten henkilökohtaista koskemattomuutta ja edistää heidän henkilökohtaista turvallisuuttaan. Laissa säädetään menettelystä, jolla alaikäisten kanssa työskentelemään valittavien henkilöiden rikostaustaa selvitetään.

5.4 Lasten kotisairaala yhteiskunnan näkökulmasta

Lasten kotisairaaloiminnan vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta on Suomessa vasta vähän tutkittua tietoa. Seinättömän sairaalan eli kotisairaalan huomattavat kustannussäästöt syntyvät investointien vähyydestä. Hoitohenkilökunnan siirtyminen kodista toiseen on huomattavasti halvempaa kuin uusien sairaalarakennusten rakentaminen. Myös hoitohenkilökunnan joustava siirtyminen lastenosastojen ja lasten kotisairaalan välillä säästää rahaa. Lasten akuuttien infektioiden kotihoidon myötä, sairaalainfektioiden määrät ovat laskeneet ja tämä on tuonut säästöjä. (Honkanen 2011, 1897; Collins, Makrides & McPhee 2010, 2; Lähdeaho ym. 2011; 1925–1926.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa kotisairaaloiden saatavuus, palvelutaso ja toiminnan järjestäminen vaihtelevat suuresti. Maiden välistä vertailua vaikeuttaa lisäksi esimerkiksi sairaskorvausjärjestelmien erilaisuus. Cooper ja muut (2009,1) ovat todenneet kirjallisuuskatsauksessaan, että kotisairaala aiheutti enemmän kustannuksia sairaalalle kuin perheelle. Kotisairaaloiden välillä oli

myös eroja; kotisairaalat, joissa hoidettiin kroonisesti sairaita lapsipotilaita, olivat kalliimpia kuin kotisairaalat joissa hoidettiin ainoastaan akuutisti sairaita lapsia (Cramp, Tripp, Hughes & Dale 2003, 42). Toisaalta löytyi tutkimuksia, joiden mukaan juuri pitkäaikaissairaiden ja runsaasti erityishoitoa tarvitsevien lasten hoito kotona kotisairaalan avulla toi säästöjä (Financing of Pediatric Home Health Care 2006, 834; Parker ym. 2012, 1).

Suomessa erikoissairaanhoidon palveluiden kehittäminen on välttämätöntä, jotta palveluiden riittävä saatavuus kyetään jatkossakin varmistamaan. Yhteistyöhaaste liittyy sairaanhoitopiirien sisäiseen yhteistyöhön erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Haaste liittyy myös laadulliseen kehittämiseen, sillä tekniikan kehitys ja vaatimus väestön hyvinvoinnin kasvusta edellyttävät palveluiden tuottamista sairaalan seinien ulkopuolella. (Teperi 2005.) Suomen eduskunnan Tulevaisuusvaliokunnan esiselvityksen perusteella näyttää ilmeiseltä, että kansalaisten terveystarpeiden kysyntään ja käyttöön liittyy jo lyhyelläkin aikavälillä voimakkaita muutospaineita. Nykyisen kaltaisella järjestelmällä terveyden ja terveystarpeiden tulevaisuuden haasteisiin 10–15 vuoden aikaperspektiivillä ei voida vastata, sillä monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveystarpeiden kasvu. (Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas & Lammintakanen 2006, 74.)

6 Tuotteistaminen

6.1 Tuotteistamisen määrittelyä

Tuotteistamisella on olemassa monta määritelmää. Jari Parantainen (2007, 11) määrittelee tuotteistamisen työksi, jonka tuloksena saatu asiantuntemus ja osaaminen yhdistyvät myytäväksi tuotteeksi. Holman (1998, 7) mukaan tuotteistaminen on eri organisaatioiden, kuten kunnan, kuntien, yksityisten työyksiköiden tuottamia ja kehittämiä palveluita, jotka vastaavat asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Tekesin Tuotteistamisoppaan mukaan (Jaakkola, Orava & Varjonen, 2009, 1) tuotteistamisella tarkoitetaan jo olemassa olevien palveluiden määrittelyä, systematisointia ja ainakin osittain vakiointia.

Tuotteistaminen voi olla sekä *ulkoista* että *sisäistä* tuotteistamista. *Sisäinen tuotteistaminen* on organisaation sisällä tapahtuvaan toiminnan kehittämistä. Sisäinen tuotteistaminen on usein asiakkaalle näkymätöntä toiminnan kehittämistä, josta asiakas hyötyy esimerkiksi nopeampien palveluiden tai tehokkaampien työmenetelmien kautta. *Ulkoinen tuotteistaminen* on toiminnan kehittämistä, suunnittelua ja määrittelyä yhdessä asiakkaan kanssa, asiakkaan tarpeet lähtökohtana. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2011; Lehtinen & Niinimäki 2005, 43.)

Tuotteistaminen edellyttää aina tuotteen määrittelyä. Tuotteen tulisi olla mieluiten vakioitu, koska silloin tuotteen sisältö on helppo määritellä ja sen kustannukset on helppo laskea. Sosiaali- ja terveystieteiden tuotetta kehitettäessä, on kuitenkin huomioitava, että samalla tuotteella voi olla useita asiakkaita tai asiakkailla voi olla erilaisia tarpeita, siksi tuotteistamista käytetään eriasteisesti. (Jämsä & Manninen 2000, 21; Kivistö 2003, 9.) *Vakioitu* tuote tarjotaan kaikille asiakkaille samansisältöisenä. Usein tällaiset tuotteet ovat tavaroita, joilla on samat fyysiset ominaisuudet. *Osittain vakioitussa tuotteessa* yhdistyy vakioitu tuote ja palvelu. Tuotteen sisällön määrittää vakioksi esimerkiksi valtakunnalliset ohjeet, mutta asiakkaan saama palvelu on henkilökohtainen. *Täysin yksilöllinen tuote* on kokonaan asiakkaan tarpeista lähtevä toimenpide, kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelma. (Holma 1998, 12; Kivistö 2003, 9-10.)

Perinteisesti tuotteella on tarkoitettu materiaalisia tavaroita, mutta tuote voi olla myös palvelu tai tavarat ja palvelun yhdistelmä. Olipa tuo tuote aineellinen tai aineeton, on sen oltava selkeästi määriteltä, rajattu ja hinnoiteltu ja aina myös asiakkaan arvioitavissa. (Jämsä ym. 2000, 13; Kivistö 2000, 9.) Tuotteistaminen ei sisällä vain tuotteiden määrittelyä vaan koko palvelutuotannon täsmentämistä ja jäsentämistä vastaamaan paremmin asiakkaan tarpeita (Lehtinen ym. 2005, 30–31).

Tuotteistamisen tarkoituksena on saada tuote tai palvelu asiakkaalle mahdollisimman vaivattomaksi ostaa ja samalla myös helpoksi käyttää. Tuotteen tulee vastata asiakaskunnan tarpeita ja sen tulee tuoda selkeästi esille asiakkaan siitä saama hyöty. Perusteena eivät saa olla tuottajan tai organisaation tarpeet. Tuotteistaminen tekee mahdolliseksi asiakaskohtaisen yksilöllisen suun-

nittelun ja kiinteään hinnan toteuttamisen ja palvelun tai tuotteen yhdenmukais-
tamisen. Tuotteistaminen liittyy usein tilanteeseen, jossa on jokin hahmotelma
tai idea, josta halutaan tehdä varsinainen tuote ja joka halutaan tuoda markki-
noille. Palvelujen ollessa kyseessä organisaatiolla on yleensä jonkinlainen,
ehkä epämääräinen, palvelu olemassa, joka halutaan nyt muuttaa selkeäksi
tuotteeksi. (Holma 1998, 12–15; Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2011; Parantainen 2007, 29.)

Tuotteistaminen parantaa tehokkuutta monella tavalla, se antaa mahdolli-
suuksia työnjakoon ja henkilöiden osaamisen parempaan hyödyntämiseen.
Tuotteistaminen parantaa laatua suurelta osin samoista syistä kuin tuottavuut-
takin. Toiminta systematisoituu, toiminnan suunnittelu paranee, kiire vähenee,
tavoitteet ja laatukriteerit täsmentyvät ja koulutus tehostuu. Kun palvelu on
tuotteistettu, niin asiakas voi luottaa siihen, että hän saa testatun ja valmiin
palvelun. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2011; Jaakkola ym. 2009, 5; Parantainen 2007, 128–129.)

6.2 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ei ole totuttu kutsumaan tuotteiksi,
siksi tuotteistamisen etuja on jouduttu erikseen perustelemaan. Tällä hetkellä
sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ovat kuitenkin laatu- ja kiinnostuneita
eri sektoreiden tarjoamista terveystaluvaihtoehtoista ja verorahoille
halutaan vastinetta. Väestön muuttuneet tarpeet ovat pakottaneet uudista-
maan perinteisiä toimintatapoja ja kehittämään uusia toimintamalleja, jolloin
tuotteistaminen on laajasti määriteltynä palveluiden kehittämistä vastaamaan
paremmin asiakkaiden tarpeita. (Holma 1998, 12–13; Kivistö 2003, 9.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteella tarkoitetaan asiakkaan palvelua.
Palvelujen ohella voidaan tuotteistaa jokin toimintamalli tai työkäytäntö. Sosi-
aali- ja terveysalan tuotteen keskeisiin ominaisuuksiin kuuluu, että tuotteen
kautta on mahdollista lisätä terveyttä ja hyvinvointia. Tuotteiden on oltava si-
sällöltään sosiaali- ja terveysalan tavoitteiden mukaisia ja noudatettava alan
eettisiä ohjeita. Sosiaali- ja terveysalan palvelutuotteeseen sisältyy lähes aina
merkittävä vuorovaikutustilanne, inhimillinen työpanos, jota mikään teknologi-

an kehitys ei voi korvata. (Jämsä ym. 2000, 13–14, 24; Melin & Linnakko 2003, 12.)

6.3 Onnistuneen tuotteistamisen edellytykset

Tuotteistamisprosessin alussa on selvitettävä koko organisaatiolle, miksi tuotteistetaan ja mihin tuotteistamisella pyritään. Lisäksi on selvitettävä myös tuotteistamisen merkitys kaikille tuotteistamisprosessiin osallistuville. Kehittämisprosessin aikana sen etenemisestä tiedotetaan henkilöstölle ja se dokumentoidaan. Kun tuotteen tai palvelun eri vaiheet on dokumentoitu, sitä on helppompaa myydä ja se helpottaa myös organisaatiossa varsinaiseen tuotteistamisprosessiin kuulumattomien työntekijöiden sitoutumista sen toteuttamiseen. Tuotteistamiseen on varattava myös riittävästi aikaa ja resursseja. (Kivistö 2003, 168–169; Parantainen 2007, 124–125.)

Hyvän tuotteistuksen ominaisuuksia on muun muassa se, että tuotteen tai palvelun sisältö on tehty selkeäksi. Palvelulla tai tuotteella on oltava nimi ja sen kustannusten on oltava kiinteät. Tuotteistuksen onnistumiseksi on selvitettävä, millaisia asiakkaista organisaatio tavoittelee ja mikä on palvelun keskeinen tarkoitus. Menestyäkseen organisaation on hankittava tietoa asiakkaiden tarpeista, mutta myös kilpailijoista. Tuotteistamisella voidaan kehittää nykyistä palvelua tai rakentaa kokonaan uusi tuote ja ajan kuluessa sitä voidaan kehittää yhä toimivammaksi. (Parantainen 2007, 13–14, 81; Jaakola ym. 2009, 3.)

Tuotteistamiseen liittyy käsite *palvelukuvaus*. Palvelukuvauksen tarkoitus on tuoda tarkemmin esille yksittäisten palvelujen tai palvelukokonaisuuksien sisältö. Onnistuneessa tuotteistamisessa palvelukuvaus on ammattilaisten omaksuttavissa nopeasti. Se mahdollistaa palvelun jatkumisen organisaation henkilökunnan vaihtuessa ja toimii myös laadun hallinnan välineenä. (Parantainen 2007, 123–125; Tuotteistaminen 2011.)

6.4 Ongelmat tuotteistamisessa

Tuotteistamisessa tyypillisimpiä haasteita ovat muun muassa asiakaskunnan määrittely. Jos asiakaskunta tuntuu epäselvältä ja liian laajalta, on palvelu

tuotteistettu huonosti, sillä kun asiakaskunta on laaja, myös asiakkaiden tarpeet muuttuvat. Asiakaskunta tulee määritellä selvästi, sillä asiakkaan ongelmat ja tarpeet ovat tuotteen suunnittelun lähtökohtina. Ongelmia tuotteistamisessa syntyy myös, jos asiantuntijat haluavat pitää kiinni omasta asiantuntijuudestaan ja asiakkaan osallisuus unohtuu. (Parantainen 2007, 25–28; Valminen & Valtanen 2012.)

Tuotteistaminen ei ole ratkaisu yrityksen liiketoiminnan ongelmiin ja tuotteistamista ei tule tehdä vain siksi, että kaikki kilpailijatkin tuotteistavat palveluitaan. Joskus tuotteistusta hankaloittaa yhteisen ymmärryksen puuttuminen yrityksen sisällä tuotteistamisen tavoitteista ja tavasta. Organisaatiossa sisällä tarvitaan riittävä koulutus henkilökunnalle, jotta tuotteistetun palvelun sisäistäminen onnistuu. Toisaalta palveluiden liian tiukka rajaaminen voi estää uuden ideoiden esiintulon palveluiden kehittämisessä. Tuotteistaminen voi epäonnistua myös puutteellisten resurssien vuoksi, tarvitaan riittävästi henkilöstöä, rahaa ja aikaa. (Parantainen 2007, 27–28.)

7. Tuotteistamisen toteutus

7.1 Tuotteistamisprosessi

Tuotteistamisella ymmärretään kaikkia niitä vaiheita organisaation sisällä, joiden tuloksena syntyy tuote/palvelu asiakkaalle. Tuotteistamista voi tehdä yhtenä suurena projektina tai pieni askelin useina erillisinä hankkeina, jotka tähtäävät suuremman kokonaisuuden valmistumiseen. (Jämsä ym. 2000, 28; Kivistö 2003, 168; Lehtinen ym. 2005, 45 – 49.) Jos tuotteistaminen tehdään pieninä kehitysprojekteina normaalin työn ohessa, tuloksia saadaan hitaammin. Mikäli kuitenkin halutaan aikaansaada mittavaa uudistusta, kannattaa palvelujen kehittäminen suunnitella tavoitteellisesti ja varata siihen myös työaikaa ja muita resursseja. (Jaakkola ym. 2007, 3.) Jokainen tuotteistamisprosessi on erilainen riippuen organisaation omista tavoitteista tai strategiasta, eikä tuotteistamisen toteuttamiseen ole vain yhtä oikeaa tapaa tai kaavaa (Jaakkola ym. 2009, 5). Jämsä ja muut (2000, 28) erottavat tuotteistamisprosessissa viisi vaihetta. Tuotteistamisprosessi käynnistyy *ongelmien ja kehity-*

tämistarpeiden tunnistamisella. Sen jälkeen seuraa ideavaihe ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi viimeistely.

Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa ei ole yhtenäistä tuotteistamisprosessia, vaan tuotteistamisen perusteena on ollut hinnasto. Sairaalan tavoitteena on ottaa käyttöön kansallisesti yhtenäinen pohja erikoissairaanhoidon tuotteistus- ja laskutusmalleille. (Rannankari 2014.)

7.1.1 Ongelmien ja kehittämistarpeen tunnistaminen

Tuotteistamisprosessi alkaa ongelman tai kehittämistarpeen tunnistamisella. Toimintayksikössä pyritään tarkistamaan ja selkeyttämään organisaation toiminta-ajatus ja perustehtävä ja myös organisaation visio. On huomioitava lisäksi lait/säädökset/ohjeet, jotka ohjaavat organisaation toimintaa. Myös organisaation strategiset tavoitteet ja menestystekijät on selvitettävä. (Kivistö 2003, 168.)

Seuraavana on selvitettävä toimintayksikön asiakasryhmät, niiden tarpeet ja vaatimukset. Selvitystyössä kannattaa käyttää hyväksi jo olemassa olevaa tietoa, joita ovat muun muassa tehdyt asiakas- ja potilaskyselyt sekä erilaiset tilastot yksikön toiminnasta, palveluiden käyttömääristä ja kustannuksista. Keskeistä on selvittää myös ongelman laajuus, eli mikä asiakunta tulee olemaan ja kuinka laaja se on. Kohderyhmä tulee rajata tarkasti, koska kaikkia ei voi miellyttää eikä resursseja kannata hajauttaa. Eri osapuolilla, kuten asiakkailla ja palveluntuottajilla ei välttämättä ole sama käsitys palvelun kehittämistarpeesta. (Jämsä ym. 2000, 31; Kivistö 2003, 169; Parantainen 2007, 143.)

Tuotteistamisprosessin alkuvaiheessa on selvitettävä myös organisaation vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet. Organisaation työntekijöiden on oltava selvillä siitä, mitä tuotteistaminen omassa organisaatiossa tarkoittaa ja keitä se koskee. Valmistelutyön on sitoutettava tuotannossa mukana olevat henkilöt tuotteeseen ja prosessin vaatimiin tehtäviin. On selvitettävä vielä kuinka paljon palvelujen tuottamiseen käytetään aikaa ja mitä suunniteltu palvelu maksaa. (Holma 1998, 14; Kivistö 2003, 168–169.)

Palvelujen tuotteistamisen lähtökohtana voi olla asiantuntija- tai asiakaslähtöisyys. Asiantuntijälähtöisyys palveluiden tuottamisessa tarkoittaa palvelun kehittämistä ammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden varassa asiakasta unohtamatta. Asiakaslähtöisen tuotteistamisen lähtökohtana ovat asiakaskunnan tarpeet, toiveet ja odotukset. (Kainlauri 2007, 58.) Sosiaali- ja terveysalan tuoteidean tarkoituksena on aina asiakkaan terveyden, hyvinvoinnin edistäminen ja voimaantuminen (Jämsä ym. 2000, 24, 31).

Tuotteiden valmistaminen on tuotteistusprojektin keskeisin vaihe. Jos päätös tuotteesta ja sen tärkeimmistä ominaisuuksista on jo tehty aikaisemmin, pääpaino on tuotteen valmistamisessa. Jos taas tuotteistamisprosessin lähtökohdaksi on joku ongelma tai kehittämistä vaativa toiminta, tuotteen suunnittelu ja kehittäminen alkavat vasta huolellisten selvitysten jälkeen. (Jämsä ym. 2000, 28.)

7.1.2 Ideavaihe

Kun varmuus kehittämistarpeesta on saatu, mutta ongelman ratkaisukeinoja ei ole vielä löydetty, käynnistyy ideointiprosessi. Eri vaihtoehtojilla pyritään löytämään ratkaisu juuri kyseiseen ongelmaan tai kehittämistä vaativaan toimintaan. Jos kysymyksessä on jo olemassa olevan tuotteen tai palvelun uudistaminen, ideoimisvaihe voi olla lyhyt. Mutta kun kehitetään uutta toimintaa, ratkaisuja etsitään usein vaiheittain erilaisia lähestymistapoja käyttäen. (Jämsä ym. 2000, 35; Kainlauri 2007, 35–36.)

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille soveltuvia luovan ongelmanratkaisun menetelmiä ovat useita mm. *aivoriihi* ja *tuumatalkoot*. Organisaation kannattaa kehittää myös *ideapankkimenetelmä*, johon kerätään eri tahoilta, asiakkailta ja heidän omaisiltaan ja työntekijöiltä, toiveita ja odotuksia, mitä kehitettävälle asialle olisi tehtävä. Ratkaisuvaihtoehtoja voidaan löytää myös analysoimalla jo kerättyjä palautteita ja asiakaskyselyjä. *Benchmarking* on työskentelytapa, jonka perustuu suoritteiden tai toimintatapojen vertaamiseen toisten organisaatioiden vastaaviin toimintoihin. Benchmarking-toiminnassa etsitään paras toimintatapaa, josta voitaisiin ottaa oppia oman toiminnan kehittämisessä. Benchmarking on vertaamista ja arviointia ja avointa kiinnostusta siihen miten

toiset tekevät ja toimivat. Benchmarking-toiminnan tavoitteena on tunnistaa eri organisaatioiden menestystekijät ja niiden hyödyntäminen. Menetelmän toimivuus on riippuvainen siitä, missä määrin vertailtavien organisaatioiden tavoitteet ja taustatekijät vastaavat toisiaan. (Jämsä ym. 2000, 37.) Ideointivaiheessa tuotteistamisprosessi ja koko tuote hakee muotoaan. Ideointivaiheessa ei kannata jarrutella, vaan tärkeintä on tunnistaa mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja kehittämistä vaativaan ongelmaan. (Jämsä ym. 2000, 28–29; Kainlauri 2007, 36.)

7.1.3 Tuotteen luonnosteluvaihe

Tuotteen luonnostelu käynnistyy, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on tarkoitus suunnitella ja valmistaa. Tuotteen luonnosteluvaihetta ohjaavat ne tuotekehitykseen vaikuttavat tekijät ja näkökohdat (osa-alueet), joita prosessin aikaisemmissa vaiheissa on tullut esiin. Tuotekehityksen osa-alueet ovat selvittävää luonnosteluvaiheessa, jotta turvataan tuotteen laatu. Laatu syntyy, kun eri näkökohdat tukevat toisiaan. Jämsä ym. (2000) on yhdistänyt tuotteistukseen liittyvät osatekijät seuraavaksi kuvaksi, jossa keskiössä on asiakkaalle tarjottavan tuotteen laatu. (Katso kuvio 1.)



KUVIO 1. Tuotteen luonnostelua ohjaavat osatekijät (Jämsä ym. 2000, 43.)

Palvelun tai tuotteen luonnostelu perustuu asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin tarpeisiin ja odotuksiin. Tavoitteena on tehdä *asiakasanalyysi*, joka täsmentää, ketkä ovat kehiteltävän tuotteen hyödynsaajat ja millaisia he ovat palvelun tai tuotteen käyttäjinä. (Jaakkola ym. 2007, 3; Jämsä ym. 2000, 44–45.)

Tuotteen tai palvelun asiasisällön selvittäminen saattaa edellyttää tutkittuun tietoon perehtymistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotteiden luonnosteluvaiheessa asiasisällön selvittäminen voi edellyttää viimeisimpien lääketieteellisten tutkimustulosten ja hoitokäytäntöjen tuntemista ja perehtymistä kansainväliseen tutkimustietoon. (Jämsä 2000, 49.)

Myös *palvelujen tuottajan* tarpeet ja näkemykset on selvitettävä. Koska sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas on aina lopullinen hyödynsaaja, molempien osa-puolten näkökohdat on otettava huomioon kehitystyötä tehdessä. Siten varmistetaan, että tuote vastaa tarkoitustaan ja tuottaa arvoa asiakkaalle. (Jaakkola ym. 2007, 3; Jämsä ym. 2000, 44–45.)

Tuotteen tai palvelun luonnosteluvaiheessa on selvitettävä tuotteen aiheuttamat kustannukset ja mietittävä *rahoitusvaihtoehtoja*. Tuotteen rahoittajalla voi olla omat vaatimukset tuotteen suhteen ja ne on selvitettävä. Tuotteen sisällön selkiintyminen helpottaa rahoituksen hankkimista. (Jämsä ym. 2000, 51.)

Organisaation sisäiset, esimerkiksi osaamiseen ja resursseihin liittyvät näkökulmat tulisi tässä vaiheessa huomioida. Tuotteiden suunnittelussa ja valmistamisessa voidaan tarvita tuotekohtaista *asiantuntemusta* ja osaamista. Tuotteen luonnosteluvaiheessa tarvitaan neuvoja myös ammattilaiselta, jolla on kokemusta suunnitteilla olevasta tuotteesta tai palvelusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla seuraukset voivat olla vakavia, jos asiantuntija ei osaa hoitaa työtään asianmukaisesti ja ammattitaitoisesti. (Jämsä ym. 2000, 50; Lehtinen ym. 2005, 10 – 11.)

Tuotteen luonnosteluvaiheessa on selvitettävä myös organisaation toimintaa ohjaavat linjaukset, *arvot ja periaatteet*. Yksiköllä voi olla arvoja ja periaatteita, joidenka toteutuminen myös tuotteessa halutaan varmistaa. Sosi-

aali- ja terveysalan tuotteistamisessa asiakkaan asema ei saa kuitenkaan heikentyä, asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset ovat lähtökohtina asiakaslähtöisessä tuotteistamisessa. (Jämsä ym. 2000, 49; Kainlauri 2007, 58.)

Organisaatioiden *toimintaympäristössä* tapahtuu muutoksia koko ajan. Väestörakenteen kehitys, elintason nousu ja lasku sekä asenteiden, elämäntapojen ja kulutustottumusten muuttuminen, vaikuttavat asiakkaiden ostokykyyn ja tuotteiden kysyntään. Tuotteen luonnosteluvaiheessa on hyödyllistä tutustua varsinaiseen toimintaan paikan päällä havainnoimalla asiakastilanteita ja haastatteleamalla molempia (asiakas ja palvelun tuottaja) osapuolia. (Jämsä ym. 2000, 46; Kainlauri 2007, 45–51.)

Suomessa lainsäädäntö ohjaa kaikenlaista yritystoimintaa, siksi organisaatioissa, jonka käyttöön tuotetta ollaan suunnittelemassa, on tunnettava toimintaa ohjaavat *säädökset, ohjeet, toimintaohjelmat* jne. Sosiaali- ja terveysalan palvelut ja tuotteet poikkeavat monelta osin esim. perinteisestä teollisuuden tuotteesta, mikä asettaa omanlaisensa haasteet tuotteiden suunnittelulle ja kehittämiselle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotteistamista säätelevät monet erityisvaatimukset esim. henkilöstön määrästä ja ammattipätevyydestä. (Kainlauri 2007, 16–19.)

Tuotteen luonnosteluvaiheessa on hyödyllistä selvittää myös *sidosryhmien* kuten eri ammattiryhmien ja yhteistyötahojen *näkemykset ja ehdotukset*. Kun yhteistyötahojen kesken selvitetään yhteiset hyödyt ja eri tahojen osaaminen, se helpottaa ja nopeuttaa jatkossa tiedon kulkua. Kun työssä kehitetään uusia käytäntöjä, edellyttää se aina myös sidosryhmien kuulemista. (Jämsä ym. 2000, 48; Kainlauri 2007, 87, 89.)

7.1.4 Tuotteen kehittäminen ja valmistelu

Kun tuotteen luonnostelua ohjaavat osatekijät on selvitetty, alkaa tuotteen kehittäminen ja rakentaminen. Tuotteistuksen eri osatekijöitä analysoimalla löytyvät ne tekijät, jotka ovat kehitettävän tuotteen kannalta oleellisia. Jämsän ym. mu-

kaan (2000, 51–52.) ajatus tuotteesta täsmentyy **palvelukuvaukseksi**, kun vastaukset seuraaviin kysymyksiin löytyvät:

1. Keitä ovat tuotteen käyttäjät ja hyödynsaajat?
2. Keitä ovat muut henkilöt tai osapuolet ja mitkä ovat organisaatiot ja yksiköt, jotka osallistuvat tuotteen käyttöön ja joista sen hyödyntäminen riippuu?
3. Mitkä ovat tuotteen käytön välittömät, keskipitkän ja pitkän tähtäimen tavoitteet ja mitä tavoitteiden saavuttaminen edellyttää?
4. Mitä arvoja ja periaatteita tuotteen toivotaan todentavan ja mitkä periaatteet ohjaavat sen suunnittelua ja valmistamista?
5. Mitkä ovat tuotteen yksilöidyt asiasisällöt?
6. Mitä osia, väli- ja oheistuotteita tuotteeseen ja sen laadintaa liittyy ja mitä sen käyttö edellyttää?
7. Mitkä ratkaisuvaihtoehdot valitaan eri vaiheissa käytettäväksi tuotteen aikaansaamiseksi?
8. Mitä asiantuntemusta ja yhteistyötä tuotteen valmistamisessa tarvitaan?
9. Mitä materiaalia ja laitteita tarvitaan?
10. Millä tavalla tuotteen suunnittelua ja kehittelyä on tarpeen arvioida?

Tuotteiden valmistusvaiheessa tunnistetaan eri vaihtoehdot tuotteiden tai palveluiden valmistamisessa, kuten onko kysymyksessä yksittäiset palvelut tai palvelukokonaisuus. Toimintayksikköön on valittava vaihtoehto, joka sopii myös muun organisaation toimintaan ja periaatteisiin. Ensiksi rakennetaan tuotteiden päätuoteryhmät eli palvelujen pääryhmät, sitten tuoteryhmät eli palveluryhmät ja sen jälkeen tuotteet eli palvelut. (Holma 1998, 14–15.)

Tarjottavista tuotteista laaditaan palvelukuvaukset, joista ilmenee tuotteiden tai palveluiden sisältö, käyttötarkoitus, mahdolliset hyödyt, laatuun liittyvät asiat sekä tarvittavat resurssit. Tuotteelle annetaan nimi ja sen kyseisen tuotteen sisältö kuvaillaan tarkasti kaikkine etuineen. (Lehtinen ym. 2005, 47; Tuotteistaminen 2011.) Palvelukuvaus voidaan tehdä yleisellä tai yksityiskohtaisella tasolla. Muun muassa voidaan arvioida tuotteen tuottamiseen kuluva aika ja muut siihen kohdistuvat kustannukset. Sen jälkeen hinnoitellaan tuotteet ja palvelut tarpeen vaatiessa sekä laaditaan mahdollisimman selkeä tuoteluettelo ja rekisteröidään tuotteet. (Holma 1998, 14–15.)

7.1.5 Tuotteen viimeistely

Tuotteistamisprosessiin kuuluu myös markkinointi. Tuotteiden markkinoinnissa tehdään tuotekuvausten pohjalta esitteet asiakaskunnalle ja muille palveluiden käyttäjille sekä myös tilaajille sekä ostajille. Tuotteista tai palveluista voidaan tehdä myös esittelykansion, missä yksittäisen tuotekuvauksen täydentämiseksi on yksikön toimintasuunnitelma, tarpeen mukaan tuotteiden hinnat ja asiakastutkimusten tulokset. (Holma 1998, 15.)

Hinnoittelu on olennainen osa tuotteistamista. Hinnoittelulle täytyy miettiä hinnoitteluperusteet, joita voivat olla muun muassa vallitseva markkinatilanne ja palvelun tuottamisen kustannukset. Hinnoittelu on haastavaa, koska hintatason perusteella asiakas voi tehdä päätelmiä tuotteen laadusta ja koko organisaatiosta. Asiantuntijapalveluissa usein käytetystä tuntiveloituksesta pyritään pääsemään eroon ja tilalle halutaan saada kiinteä hinta. Aikaperusteiseen veloitukseen voi liittyä eettisiä ongelmia, silloin kun asiantuntija on tehoton tai käyttää palveluun kohtuuttomasti aikaa. (Jaakkola ym. 2009, 29–30; Lehtinen ym. 2005; 55–56.)

Tuotteistamisprosessiin kuuluu myös tuotteistamisen onnistumisen seuranta ja mittaaminen. Seuranta on tärkeää tuotteiden ja palveluiden kehittämiseksi. Palvelun laatu, tuottavuus ja tavoitteiden saavuttaminen ovat keskeisiä tuotteistamisen seuranta- ja arviointialueita. Palvelun laatu syntyy saavuttamalla ja ylittämällä käyttäjien odotukset. Asiakaskyselyiden ja asiakaspalautteiden avulla voidaan jatkuvasti seurata, kohtaavatko asiakkaan tarpeet tuotteen sisällön kanssa. Sosiaali- ja terveysalalla palvelun tehokkuutta ei voida mitata samalla tavalla kuin esimerkiksi teollisuudessa. Nopeampi suoritus ei välttämättä ole tavoiteltavaa, koska asiakkaan kokema palvelun laatu ja arvostus perustuvat koettuun vuorovaikutustilanteeseen. (Jaakkola ym. 2009, 35–36.)

Palautteen kerääminen tuotteen käyttäjiltä on tarpeen tuotteen kehittämisen kaikissa eri vaiheissa, etenkin sellaiselta käyttäjältä, jolle tuote ei ole entuudestaan tuttu. Tällöin kritiikin määrä on usein suurempi, kuin sellaiselta käyttäjältä, joka jo tuntee tuotteen. Lopullinen tuotteen käyttäjä voi myös esittää rat-

kaisuja ongelmakohtiin, joihin palautekritiikki kohdistuu. Kehitettävää tuotetta viimeistellään palautteen perusteella. (Jämsä ym.2000, 80–81.)

8 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävä

Opinnäytetyön **tarkoituksena** on tuotteistaa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan keskosvauvan perheelle kohdistettu kotikäynti ja kuvata sen sisältö palvelukuvauksen kautta.

Opinnäytetyön **tavoitteena** on vertailukehittämisen avulla selvittää Suomessa toimivien lasten kotisairaaloiden sairaanhoitajien tekemien keskosvauvaperheiden kotikäyntien sisältö.

Kehittämistehtävänä on kuvata roolia, vastuuta ja tehtävän kuvaa, jotka liittyvät sairaanhoitajan tekemään keskosperheen kotikäyntiin. Saatua tietoa voidaan hyödyntää, kun kehitetään keskosten ja heidän vanhempinsa hoitotyötä kotona.

9 Vertailukehittäminen opinnäytetyön menetelmänä

9.1 Opinnäytetyön menetelmät ja toteutus

Benchmarking eli vertailukehittäminen on vuorovaikutteinen toisilta oppimisen menetelmä. Benchmarking on menetelmä, jossa opitaan hyviltä esikuvilta, muiden alojen huippuyrityksiltä ja kilpailijoilta ja sovelletaan opit oman toiminnan kehittämiseen. Päästessä näkemään parhaita käytäntöjä toisen organisaation toiminnassa, pystytään niitä siirtämään myös omaan toimintaan.

Benchmarking voi toteutua koko organisaation oppimisena eikä ainoastaan yhden henkilön toimintana. Onnistuneena prosessina se voi kuitenkin tuoda muutoksia myös yksilön toimintaan. Benchmarking auttaa tunnistamaan oman toiminnan heikkouksia sekä laatimaan niiden kehittämiseen tähtääviä tavoitteita ja ideoita. Se voi olla myös rakentava tapa kyseenalaistaa omia prosesseja ja menetelmiä. (Perälä, Junttila & Toljamo 2007, 13–14.)

Terveysthuollossa benchmarking on järjestelmällinen prosessi, jossa vertailun avulla eri organisaatioista saatavaa tietoa analysoidaan. Hoitotyössä benchmarking toimii johdon työvälineenä, jonka avulla voidaan tunnistaa toimintayksikön kehittämistarpeita sekä käynnistää oman toiminnan kehittäminen. Tavoitteena on hoitotyön laadun, kustannus vaikuttavuuden parantaminen sekä toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen, jonka tuloksena asiakkaat saavat tarpeisiinsa nähden parasta hoitoa ja palvelua oikeassa hoitopaikassa. Vertailutietoon perustuva kehittäminen on järjestelmällistä ja oman toiminnan vertaamista muiden toimintaan, näin opitaan muilta hyviä käytänteitä. Terveysthuollon benchmarking toiminnalle on keskeistä parhaiden käytänteiden soveltaminen omaan organisaatioon sekä potilaan hoitokäytäntöjen kehittäminen. (Perälä ym. 2007, 13–14.)

Vertailukehittämisen onnistuminen on riippuvainen siitä, miten hyviä ovat vertailukohteet. Vertailu kannattaa tehdä vähän edistyneempänä olevan organisaation toimintaan. Jos organisaation oma toiminta on hyvin kaukana parhaan toiminnan tasosta, ei oma toiminta ole kehityksasteessaan valmis siirtymään suoraan parhaaseen toimintatasoon. Vertailukehittämisessä määritellään se parannus, joka halutaan saavuttaa. Vaikka benchmarkingin perusidea on vertailu, tarkoitus ei kuitenkaan ole jäljitellä tai kopioida toisten toimintaa. (Hotanen, Laine & Pietiläinen 2001, 7–8; Jämsä ym. 2000, 37.)

Benchmarking perustuu avoimeen ja rehelliseen tietojen vaihtoon. Näin ollen projektin toteuttajan on oltava valmis kertomaan omasta yrityksestään vastavia tietoja, joita hän itse haluaa saada vertailukohteesta. Kaikkien on sitouduttava noudattamaan eettisiä periaatteita, eli ei käytetä saatua tietoa toista osapuolta vastaan missään olosuhteissa. Benchmarkingissa saadut tiedot pidetään luottamuksellisina ja niitä ei kerrota ulkopuolisille ilman osallistuvan organisaation lupaa. Tietoja käytetään ainoastaan osallistuneiden organisaatioiden toiminnan kehittämiseen. (Hotanen ym. 2001, 12; Niittymäki 2010.)

9.2 Aineiston hankinta

Aineiston keruuseen saatiin tutkimusluvut Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä (nro 1041/13.01.02/2014), Keski-Suomen, Pir-

kanmaan (nro 108) ja Vaasan sairaanhoitopiireiltä ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymältä (nro 300914). Opinnäytetyöhön kerättiin tietoa haastattelemalla sairaanhoitajaa kaikista Suomen lasten kotisairaaloista, jotka tekevät keskosperheiden kotikäyntejä. Haastateltavat sairaanhoitajat rekrytoitiin ottamalla yhteyttä aina jokaisen lasten kotisairaalan osastonhoitajaan tai henkilökuntaan. (Liite 1.) Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavalta sairaanhoitajalta kysyttiin suostumus kirjallisena. (Liite 2.) Haastattelut tehtiin vierailukäynneillä tai puhelimitse ja haastateltavat saivat itse valita haastattelun ajankohdan. Haastateltavalle lähetettiin etukäteen kysymykset/haastatteluteemat (Liite 3.) ja kerrottiin, että haastattelut nauhoitetaan.

Aineistonkeruumenetelmäksi opinnäytetyössä on valittu teemahaastattelu, joka sopii sekä laadulliseen että määrälliseen tutkimukseen. Teemahaastattelua on käytetty paljon aineiston keruuseen hoitotieteessä, sillä se korostaa ihmisten tulkintoja asioista ja heidän asioille antamia merkityksiä. Se antaa myös haastateltavalle enemmän tilaa kertoa tuntemuksistaan kuin kyselylomake. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 126.) Anne Korhonen (2003) on tutkinut teemahaastatteluin vauvaperhetyötä keskosvauvaperheen tutkimuotona. Ja Regina Lassila (2006) on kerännyt tutkimusaineistoa teemahaastatteluin keskosvanhempien hoitohenkilökunnalta saamasta ohjauksesta vauvan sairaalahoidon aikana.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa tutkija on laatinut valmiit keskustelun teemat tai kysymykset, joiden mukaan haastattelussa edetään. Haastatteluissa esitetään kaikille haastateltaville samat kysymykset haastatteluteemojen mukaisesti, mutta järjestyksestä voidaan poiketa. Haastattelun yhteydessä kysymysten muotoon voi tulla täsmennyksiä, mutta haastattelussa etsitään kuitenkin vastauksia tutkimustehtävän mukaan. Teemahaastattelu on joustava aineistonkeruumenetelmä, jonka avulla saadaan monitahoisia vastauksia. Haastattelutilanteessa voidaan saatuja tietoja syventää ja tutkia arkojakin aiheita. Haastatteluaineistoa voidaan täydentää jälkikäteen esimerkiksi puhelimitse ja haastattelemalla saavutetaan toivottu vastausprosentti. Haastattelututkimuksissa haastattelut on yleensä mahdollista nauhoittaa, jolloin voidaan keskittyä haastateltaviin henkilöihin ja huomio ei siirry

muistiinpanojen tekemiseen. (Kankkunen ym. 2013, 125–127.) Tässä opinnäytetyössä tekijä on laatinut haastatteluteemat kirjallisuuteen perustuen (Jämsä ym. 2000, 51–52; Tuotteistaminen 2011).

Haastateltavia sairaanhoitajia oli neljässä sairaalassa yhteensä viisi. Haastattelupaikkana oli kolmessa haastattelussa haastateltavan työpaikka, yksi haastatteluista osallistui tutkimukseen vapaa-ajaltaan kotoa. Kaikki haastateltavat sairaanhoitajat olivat kiinnostuneita aiheesta ja halukkaita osallistumaan tutkimuksen. Kaikilla haastateltavilla oli pitkä työkokemus keskosten ja sairaiden vastasyntyneiden hoidosta ja myös hoidosta kotona. Haastatteluissa edettiin haastatteluteemojen mukaisesti. Tekijä oli valmistautunut haastatteluihin varautumalla tekemään apukysymyksiä, jos haastateltavilla ei olisi mielipidettä asiasta. Haastattelutilanteet etenivät jouhevasti kysymysten kautta ja kaikki haastateltavat halusivat keskustella aiheesta ja apukysymyksiä ei juuri tarvittu. Kaikki haastateltavat olivat varanneet haastattelulle runsaasti aikaa, kiire ei välittynyt haastatteluissa ja haastattelut kestivätkin yli 50 minuuttia. Kaikki haastattelut tehtiin kuukauden aikana. Haastatteluiden jälkeen aineistonauhat kuunneltiin ja auki kirjoitettiin sana sanalta siihen muotoon kuin haastatellut sairaanhoitajat sen ilmaisivat. Haastattelut kirjoitettiin tietokoneella puhtaaksi ja haastatteluista kertyi aineistoa yhteensä 12 sivua, fontti Arial, koko 12pt ja riviväli 1,5.

9.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää laadullisen tutkimuksen eri muodoissa. Sisällönanalyysi on tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaistettuja aineiston kuvauksia ja sen avulla saavutetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sisällönanalyysi voi olla induktiivista (aineistolähtöinen) tai deduktiivista (teorialähtöinen). Induktiivisessa analyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella ja tarkoituksena on tuoda selkeyttä ja järjestystä aineistoon. Deduktiivisessa analyysissä lähtökohtana ovat teoriat, joiden toteutumista tarkastellaan käytännössä. Sisällönanalyysi on menetelmä, joka etsii tekstin merkityksiä ja sitä voidaan käyttää dokumenttien, kirjojen, keskustelujen, raporttien tai minkä tahansa kirjallisen tuotoksen analysointitapana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen

2013, 165–167; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103–104.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jolloin edetään aineiston ehdoilla ja tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettista kokonaisuutta.

Aineistojen analyysi aloitetaan litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi. Yleensä nauhoitetut haastattelut kirjoitetaan puhtaaksi sanasta sanaan, mutta tutkija voi tehdä myös muita ratkaisuja. (Kankkunen ym. 2013, 163–168.) Aineistoon sisään pääseminen edellytti aineiston tunteamista, siksi aineisto luettiin lävitse useita kertoja. Haastattelut koodattiin eri väreillä, jotta niitä pystyttiin tarkastelemaan rinnakkain sekoittamatta haastattavia keskenään. Analyysiyksiköksi valittiin lause tai ajatuskokonaisuus, joka kuvaili vastaajan ajatusta ja vastasi tutkimustehtävään. Analyysirunkona toimi haastatteluteemat. Samaa merkitsevät lauseet tai ajatuskokonaisuudet ryhmiteltiin haastatteluteemojen mukaisesti. Analyysin lopputuloksena muodostui vertailu neljän eri lasten kotisairaalan sairaanhoitajan kotikäynnin hoitokäytännöistä.

Käsitteiden yhdistelyn kautta saadaan tutkimustehtävälle vastaus. Sisällönanalyysi ei kuitenkaan korvaa johtopäätösten tekoa vaan on kuvaus ilmiöstä. Aineisto ei siis ole aina sama kuin tulokset ja tutkijan tehtävänä on saada selvyyttä aineistostaan. (Kankkunen ym. 2013, 163; Tuomi ym. 2009, 92–94.)

.

9.4 Aineistosta tuotteeksi

Haastatteluaineiston analysoinnin jälkeen tekijä laati keskosvauvan perheelle suunnatun kotikäynnin palvelukuvauksen yhteistyössä lasten kotisairaalan osastonhoitajan ja sairaanhoitajien kanssa. Eri sairaaloiden lasten kotisairaalatoiminnasta etsittiin yhdessä eroja ja yhtäläisyyksiä ja tunnistettiin hyviä käytäntöjä, joita haluttiin sisältyvän myös omaan tuotteeseen. Eri hoitokäytäntöjä analysoimalla löytyivät ne tekijät, jotka olivat oman tuotteen kannalta oleellisia. Lasten kotisairaalan suunnitteluryhmä oli jo aiemmin selvittänyt tuotteen luonnostelua ohjaavat osatekijät, joita olivat muun muassa oman sairaalan resurssit, arvot ja periaatteet, säädökset ja ohjeet (Kotisairaalaprojekti-suunnitelma 2012). Tekijän ja lasten kotisairaalan henkilökunnan tehtävänä oli tuotteen

valmistelu. Palvelukuvaus muodostui kirjoittamalla auki tuotteen sisältö; palvelun nimi, käyttäjät, tavoite ja tarkoitus, saavutettava hyöty, resurssit, tarvikkeet, sisältö, palvelun laadun varmistaminen, arviointi ja palvelun hinta.

9.5 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen tutkimuksen lähtökohtia ovat muuan muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6).

Kehittämistyön luotettavuutta pyrittiin lisäämään kertomalla haastateltaville sairaanhoitajille kehittämistyön tavoitteesta ja heille annettiin lisäksi mahdollisuus kysyä lisätietoja kehittämistyön tekijältä. Hyvän tutkimusetiikan mukaista oli, että tutkimusta varten kaikilta organisaatioilta oli saatu tutkimuslupa ja suostumus tutkimuksen tekemiseen. Tutkimuksen osallistuminen tulee perustua aina tietoiseen suostumukseen ja vapaaehtoisuuteen. Tekijä sai kaikilta haastatelluilta kirjallisen suostumuksen haastattelun tekemisestä. Haastateltavien sitoutuneisuutta kuvasti heidän saapumisensa ajoissa haastatteluun ja riittävän ajan varaaminen haastattelulle. Haastatteluissa edettiin haastatteluteemojen mukaisesti.

Tietojen käsittelyssä luottamuksellisuus ja anonymiteetti ovat keskeisiä asioita. Tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessiin kuulumattomalle ja aineisto säilytetään huolellisesti ja tuhoaan heti tutkimustulosten raportoinnin jälkeen. Anonymiteetti voi olla myös organisaatiotasosta, jolloin tutkimuslupaa haettaessa on selvittettävä, saako tutkimukseen osallistuvan osaston, sairaalan jne. nimeä mainita raportissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012,6; Kankkunen ym. 2013, 219, 221). Sekä aineiston keruu että analysointi suoritettiin huolellisesti ja luottamuksella ja haastatteluaineistoa käsitteli vain tekijä. Haastateltavien henkilöllisyyttä suojattiin koko kehittämistyön ajan ja haastatteluaineistoa säilytettiin huolellisesti eikä sitä esimerkiksi siirretty sähköisesti missään vaihees-

sa. Raportoinnissa on kiinnitetty niin ikään huomiota tiedonantajien anonymiteetin säilymiseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. Tutkimuksen *uskottavuus* edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten tuloksiin tai johtopäätöksiin on päädytty ja mitkä ovat olleet tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. (Kankkunen ym. 2013, 198; Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Uskottavuutta varmisti se, että tekijällä itsellään oli pitkä kokemus keskosvauvojen ja perheiden hoidosta ja henkilökohtainen kiinnostus kehittämistehtävään. Tämä tekijän ja haastateltavien ”yhteinen kieli” auttoi ymmärtämään muun muassa keskosten hoitoon liittyvää erityissanastoa.

Tutkimuksen *siirrettävyys* viittaa siihen, missä määrin saadut tulokset olisivat siirrettävissä johonkin toiseen ympäristön tai organisaatioon. Jotta lukija voisi arvioida tulosten siirrettävyyttä, on tutkimuksen tekijän annettava tarpeeksi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistuneista ja tutkimusympäristöstä. (Kankkunen ym. 2013, 198; Kylmä ym. 2007, 127–129.) Kaikilla haastatelluilla sairaanhoitajilla oli runsaasti työkokemusta keskosvauvaperheiden hoidosta lasten kotisairaalassa. Haastateltavista sairaanhoitajista kolme teki työtä keskussairaalassa ja kaksi hoitaja yliopistollisessa sairaalassa. Vertailtavista sairaaloista kaksi oli Keski-Pohjanmaan keskussairaala suurempia, yksi sairaala oli vauvatehon potilasmääriltään samansuuruinen ja yksi sairaala pienempi.

Refleksiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijän tietoisuutta lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on arvioitava, miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja koko tutkimusprosessiinsa. (Kylmä ym. 2007, 129.) Tutkija pyrki tiedostamaan omat ennakkokäsityksensä tutkittavasta asiasta ja pyrki poistamaan ne mielestään. Tekijä on laatinut Keski-Pohjanmaan keskussairaalan lasten kotisairaalan keskosvauvan perheelle suunnatun kotikäynnin palvelukuvauksen asiantuntijalähtöisesti yhteistyössä lasten kotisairaalan osastonhoitajan ja sairaanhoitajien kanssa. Koska kyseessä oli uuden palvelun tuotteistaminen, asiakkaat eivät osallistuneet tuotteistamiseen.

Tutkimuksen keskeinen luotettavuuskriteeri on *vahvistettavuus*. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusraportin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen kulkua. Luotettavuutta parantaa tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. (Kylmä ym. 2007, 129.) Tässä kehittämistyössä on selostettu aikaisemmin, miten aineisto on kerätty.

Vaikka haastateltavia sairaanhoitajia oli vain neljästä eri sairaalasta, samantyyppiset havainnot alkoivat toistua. Tutkimukseen osallistuvien otoskoosta ei ole yksiselitteisiä ohjeita, koska se on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta ja aineiston laajuudesta. Aineiston *saturaatiolla* tarkoitetaan sitä, että aineistoa kerätään, kunnes uutta tietoa ei enää saada. Aineiston saturaatiota pidetään tärkeimpänä kriteerinä otoskoolle. (Kankkunen ym. 2013, 110; Kyngäs, Kääriäinen, Elo, Kanste & Pölkki 2011, 146.) Kehittämistyöhön kerättiin tietoa haastatteleamalla sairaanhoitajaa kaikista Suomen lasten kotisairaaloista, jotka tekevät keskosperheiden kotikäyntejä. Haastatteleamalla saatu aineisto oli asiantuntijalähtöistä ja runsasta.

10 Keskosvauvaperheiden kotikäyntien toteutusmallien vertailu

10.1 Palvelun käyttäjät

Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat, että lähes kaikki keskosvauvat kuuluvat lasten kotisairaalan palveluiden piiriin. Tiettyä ikävaatimusta (raskausviikot) ei ollut, mutta yhdessä lasten kotisairaalassa oli kriteeriksi määriteltä vähintään kahden kilon paino. Keskosvauvan yleistilan tulee olla niin hyvä ja vakaa, että esimerkiksi jatkuvaa monitoriseurantaa tai happihoitoa ei tarvita. Koska keskosvauvan syömään oppiminen ja syöttäminen on vaativaa, lasten kotisairaalan siirtyvän vauvan tuli syödä noin puolet maitoaterioista rinnasta tai pullosta ja nenämahaletku oli vain aterioiden tukena. Lasten kotisairaaloissa pyrittiin palvelua tarjoamaan kaikille keskosperheille välimatkoista huolimatta. Pääsääntöisesti palvelua tarjottiin noin 50 km tai ½-1 tunnin ajomatkan säteellä, mutta kaikki haastatellut sairaanhoitajat olivat tehneet matkan suhteen poikkeuksia. (Katso taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Palvelun käyttäjät

Palvelun käyttäjät	Sairaala A	Sairaala B	Sairaala C	Sairaala D
KENELLE PALVELUA TARJOTAAN	Ei määriteltyä ikää (raskausviikot) Nenämahaletkun kanssa kotiutuvat Vauvalla ei hape- tuksen seurantaa tai happihoitoa Palvelua ei voida tarjota kaikille, henkilökunta arvioi tarpeen	Ei määriteltyä ikää, mutta paino yli 2 kg Nenämahaletkun kanssa kotiutuvat vauvat, jotka syö- vät osan aterioista jo itse Happihoito tai muu tuentarve tai valohoito	Ei määriteltyä ikävaatimusta Kaikki keskoset kuuluvat palvelun piiriin	Vauvalla oltava ikää täydet 36 rvk Keskosvauvat, jotka tarvitsevat painon seurantaa, syömisopetusta tai valohoitoa
KOTISAIRAALAN TOIMINTA-ALUE	Toimitaan 50 km:n säteellä, poikkeuk- sia tehdään	Kaikille 30 km:n säteellä tai alle ½ tunnin ajomatka, poikkeuksia jos käyntejä harvoin	Noin tunnin ajo- matkan säteellä	Alle tunnin ajomat- kan säteellä

10.2 Päätös kotisairaalan siirtymisestä

Päätöksen keskosvauvan kotiutumisesta ja siirtymisestä lasten kotisairaalan asiakkaaksi teki aina vauvan hoidosta vastaa lääkäri. Vauvan omahoitaja oli lähes aina se henkilö, joka otti kotiutumisen mahdollisuuden esille. Keskosvauvan kotiutuminen ja siirtyminen lasten kotisairaalan asiakkaaksi perustui aina perheen suostumukseen ja vapaaehtoisuuteen.

10.3 Asiakkaan palvelusta saama hyöty

Kun keskoslapsi pääsee kotiin sairaalasta, perhe ei useinkaan siirry tavanomaiseen vauvaperheen arkeen. Haastateltujen sairaanhoitajien mukaan itse keskosvauvan kotiutuminen sujui paremmin ja kynnys kotiutumiseen oli matalampi, kun vauva kotiutui lasten kotisairaalan ”saattelemana”. Kokemuksen mukaan vanhempien soittoja pulmatilanteissa osastolle tuli vähemmän ja myös vanhempien käynnit olivat vähentyneet. Keskosvauvan kotiutuminen ja siirtyminen lasten kotisairaalan asiakkaaksi helpotti perhetilannetta, vähensi

vanhempien kokemaan stressiä ja tuki vauvan ja vanhempien välistä kiintymissuhdetta. Lasten kotisairaalahoido oli osoittautunut haastateltavien mukaan taloudellisemmaksi kuin vuodeosastohoito ja ”ruuhka-aikoina” se vapautti vuodepaikkoja vaikeimpien sairauksien hoitoon. (Katso taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Asiakkaan palvelusta saama hyöty

Palvelusta saatu hyöty	Sairaala A	Sairaala B	Sairaala C	Sairaala D
PERHEELLE	Perhetilanne helpottuu, vanhempien kokema stressi vähenee	Vanhemmat oppivat ”lukemaan” vauvan viestejä	Lisää perheen turvallisuuden tunnetta Tukee perhettä	Perhekeskeisyys lisääntyy Auttaa perhettä ”arjen alkuun”
KESKOS-VAUVALLE	Lapsen ja vanhempien kiintymyssuhteen tukeminen, lapsi tulee omaksi	Vauvaan kiintyminen lisääntyy Lyhentää sairaalaaikaa Nopeuttaa syö-mään oppimista	Helpottaa kotiu-tumista ja on joskus kotiutu-misen mahdollis-tava tekijä	Kiintymissuhteen vahvistuminen
MUU HYÖTY	Taloudellisempaa hoitoa	Taloudellisempaa hoitoa Vapauttaa hoito-paikkoja	Taloudellisempaa hoitoa Vähentää osas-tokäyntejä ja soittoja	Taloudellisempaa

10.4 Kotikäynnillä tarvittava välineistö, kotikäynnin sisältö ja ajallinen kesto

Kaikki haastatellut lasten kotisairaaloiden sairaanhoitajat mainitsivat tärkeim-mäksi työvälineeksi vaa’an. Kaikilla sairaanhoitajien käynneillä seurattiin keskosvauvan kasvua ja kehitystä, imetyksen tai pulloruokinnan onnistumista ja vanhempien ja vauvan välistä suhdetta. Myös pulssioximetri, verenpainemittari, pituusmitta ja ”pikaCrp-mittari” olivat toistuvasti käytössä. Nenämahaletkun vaihtoon tarvittavat välineet olivat myös aina mukana. Joillakin lasten kotisairaaloilla oli käytössä kotikäyttöön tarkoitettu sinivalohoitolamppu ja tarvittaessa valohoito voitiin vauvalle antaa kotona. Kaikki lasten kotisairaaloiden sairaanhoitajat eivät ottaneet kotona vauvoista verikokeita, jolloin verikokeidenot-

to tapahtui omassa terveyskeskuksessa tai kontrollikäyntien yhteydessä sairaalassa. Yhdellä lasten kotisairaalalla oli mahdollisuus tarjota myös fysioterapeutin kotikäyntiä sairaanhoitajan käynnin yhteydessä. (Katso taulukko 3.)

Haastatellut sairaanhoitajat arvioivat kotikäyntien keskimääräiseksi tarpeeksi 3-4 kotikäyntiä. Toisaalta kaikki haastatellut kertoivat kotikäyntien määräytymisen tarpeen mukaan. Ensimmäinen kotikäynti keskosvauvan kotiuduttua sairaalasta pyrittiin tekemään 2 vuorokauden – ensimmäisen viikon kuluttua kotiutumisesta ja sen jälkeen 3-4 päivän välein edellytyksenä, että vauvan paino oli noussut tavoitteen mukaan. Käyntejä harvennettiin keskosvauvan ja perheen tarpeiden vähentyessä ja nenämahaletkun poistamisen jälkeen painokontrollit siirtyivät perusterveydenhuollon puolelle. Yksi haastatelluista sairaanhoitajista kommentoi, että ”Tavoitteenani on tehdä itsestäni tarpeeton.” (Katso taulukko 3.)

Kotikäyntien ajalliseksi kestoksi haastatellut sairaanhoitajat arvioivat ½-1½ tuntia. Ensimmäisille kotikäynteille oli varattu yleensä enemmän aikaa perheeseen ja vauvaan tutustumista varten. Kaikki haastatellut olivat joutuneet joustamaan suunnitelluista aikatauluista, olihan työpaikkana asiakkaan koti. ”Tullessa ja lähtiessä rapsutellaan perheen kissa ja taputellaan koira.” (Katso taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kotikäynnillä tarvittava välineistö, kotikäynnin sisältö ja ajallisen kesto

Kotikäynti	Sairaala A	Sairaala B	Sairaala C	Sairaala D
VÄLINEET	Vaaka tärkein Nenämahaletkun vaihtoon tarvittavat välineet Ruiskuja, letkuja	Vaaka Nenämahaletkun vaihtoon tarvikkeet Pulssioximetri Verenpainemittari Verikokeiden ottoon välineet Sinivalolaite	Vaaka, pituusmitta Välineet nenämahaletkun vaihtoon Pulssioximetri Verenpainemittari	Vaaka Verensokeri- ja verenpainemittari PikaCRP -laite Sinivalolaite
KOTIKÄYNNIN SISÄLTÖ	Painon seuranta, ruokamäärien seuranta Imetyksen ja pulloruokinnan onnistuminen	Vauvan voinnin seuranta Vanhempien tukeminen vauvan viestien tulkitsemisessa	Painon seuranta Ruokamäärien seuranta, imetyksen ja pulloruokinnan onnistumisen seuranta	Painon seuranta Ruokamäärien seuranta Vauvan ja vanhempien kiintymyssuhteen seuranta
KOTIKÄYNNIN AJALLINEN KESTO	Ensikäynti 2 päivän sisällä kotiutumisesta Jatkossa 1-2 käyntiä viikossa Käynnin ajallinen kesto tarpeen mukaan	Käynnit 2-3 kertaa viikossa Kun paino nousee tavoitteen mukaan, käynnit 3-4 päivän välein Kotikäynnin kesto ½-1½ tuntia	Ensikäynti viikon sisällä kotiutumisesta Kotikäynnin kesto noin 1 tunti ja keskimäärin 3 käyntiä Fysioterapeutti mukana tarvittaessa	Ensikäynti 3 päivän sisällä kotiutumisesta Käynnit 2-3 kertaa viikossa Käyntejä korkeintaan 2 kuukauden ajan

10.5 Kotikäynnin toteuttamisen asettamat vaatimukset sairaanhoitajalle

Kaikki haastatellut sairaanhoitajat mainitsivat **kokemuksen** olevan tärkein vaatimus lasten kotisairaalan keskosvauvaperheitä hoitavalle sairaanhoitajalle. ”Tarvitaan työkokemusta, mutta myös elämäkokemusta.” Muutamalla haastatellulla sairaanhoitajalla oli vauvaperhetyöntekijän koulutus, mutta se ei ollut missään sairaalassa vaatimuksena. Yhdessä sairaalassa sairaanhoitajal-

ta vaadittiin kahden vuoden työkokemus klinikassa, jotta työskentely lasten kotisairaалassa mahdollistuu. Myös sijaisille vaatimus työkokemuksesta oli sama. (Katso taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kotikäynnin toteuttamisen asettamat vaatimukset sairaanhoitajalle

Kotikäynnin asettamat vaatimukset	Sairaala A	Sairaala B	Sairaala C	Sairaala D
VAATIMUKSET SAIRAANHOITAJALLE	<p>Työkokemus todella tärkeää, mutta tarvitaan myös elämäntokemusta</p> <p>Kotikäynnit vaativia käyntejä -> vanhempien ohjaaminen vaativaa</p>	<p>Vaatimuksena kahden vuoden työkokemus vastasyntyneiden- ja keskosten hoidossa</p> <p>Kokemuksen lisäksi tarvitaan joustavuutta</p> <p>Myös sijaisille sama vaatimus työkokemuksesta</p>	<p>Vaatimuksena kokemus keskosvauvojen hoidosta</p>	<p>Vaatimuksena kokemus keskosvauvojen hoidosta</p> <p>Myös elämäntokemusta tarvitaan</p>
VAUVA-PERHETYÖN LISÄKOULUTUS	<p>Yhdellä sairaanhoitajalla vauvaperhetyöntekijän koulutus</p>		<p>Yhdellä sairaanhoitajalla vauvaperhetyöntekijän koulutus</p>	<p>Yhdellä työntekijällä vauvaperhetyöntekijän koulutus</p>

10.6 Asiakastyytyväisyyden mittaaminen

Asiakaskyselyiden ja asiakaspalautteiden avulla voidaan seurata, kohtaavatko asiakkaan tarpeet palvelunsisällön kanssa. Haastatellut lasten kotisairaalan sairaanhoitajat kertoivat saavansa palautteen suoraan asiakkailta tai sairaanhoitopiirin palautesivujen kautta. Yhdessä lasten kotisairaалassa kysyttiin ajoittain asiakkailta palautetta, mutta säännöllistä ja systemaattista asiakaspalautteen keräämistä ei ollut missään haastatelluissa sairaaloissa.

10.7 Sairaanhoidajan rooli ja vastuu keskosvauvaperheiden kotikäynneillä

Kun keskosvauva kotiutui osastolta ja siirtyi lasten kotisairaalan asiakkaaksi, vanhemmille selvitettiin tämän hoitomuodon sisältö ja tehtiin kirjallinen hoitosopimus. Tuossa kirjallisessa sopimuksessa korostettiin vanhempien vastuuta lapsesta ja sairaanhoidajan asiantuntijaroolia. Kirjallinen hoitosopimus oli käytäntönä kaikissa haastatelluissa sairaaloissa. Lasten kotisairaalan sairaanhoidajien mukaan vanhemmille oli selvää, että kotikäynnille tuleva hoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka arvioi, ohjaa ja opastaa. Vain muutamia kertoja haastatellut sairaanhoidajat olivat olleet tilanteessa, jossa heiltä oli odotettu lastenhoito- tai siivouspalveluita. Lasten kotisairaalan tavoite oli tukea ja vahvistaa keskosperheen voimavaroja. Vauvan ja perheen kanssa jatkuvasti vuorovaikutuksessa olevalla sairaanhoidajalla oli tässä merkittävä rooli. Asiantuntevan ja vastuullisen sairaanhoidajan tehtävänä oli paitsi keskosvauvan myös koko perheen hyvinvoinnista huolehtiminen. (Katso taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Sairaanhoidajan rooli ja vastuu keskosvauvaperheiden kotikäynneillä

Sairaanhoidajan rooli ja vastuu	Sairaala A	Sairaala B	Sairaala C	Sairaala D
SAIRAANHOITAJAN JA VANHEMPIEN ROOLEISTA SOPIMINEN	Kirjallinen hoitosopimus käytössä	Perheen kanssa tehdään kirjallinen hoitosopimus	Sairaanhoidaja on hoitotyön ammattilainen ja kotikäynneistä tehdään sopimus	Perheen kanssa tehdään kirjallinen hoitosopimus, samalla esitellään myös toiminta
SAIRAANHOITAJAN VASTUU JA ROOLI	<p>Korostetaan vanhempien vastuuta</p> <p>Hoitajalla käyntikohtainen vastuu ja kotikäynneillä on tavoite</p> <p>Sairaanhoidaja on hoitotyön ammattilainen, ei tilapäinen lastenhoitoapu</p>	<p>Vanhempien vastuuta lapsesta korostetaan</p> <p>Sairaanhoidaja on hoitotyön asiantuntija, ei piika</p> <p>Kotona vierailaan perheen ehdoilla ”meitä varten ei tarvitse siivota”</p>	<p>Vanhempien rooli on selvä, ovat vastuussa lapsestaan</p> <p>Ei lastenhoitaja ja siivooja</p> <p>Toimitaan perheen kotona, ”en tule siivoamaan, minua varten ei tarvi siivota”</p>	<p>Sairaanhoidajalla aseman mukainen vastuu ja rooli</p> <p>Koko perheen hyvinvointi huomioidaan</p> <p>Joskus hoitajalla ”äidin rooli”, kun nuorelta perheeltä puuttuu luonnollinen tukiverkko</p>

10.8 Ongelmat keskosvauvan kotisairaalahoidossa

Koska lasten kotisairaalaan siirtyneen keskosvauvan vointi täytyy olla vakaa ja keskosuudesta toipumisen eteneminen todennäköisesti ennustettavissa, ongelmatilanteita haastatelluilla sairaanhoitajilla oli ollut vain muutamia kertoja. Infektiot olivat yleisin syy miksi lasten kotisairaalan hoidossa ollut keskosvauva palasi sairaalahoitoon. Vaaratilanteita tai ”läheltä piti”-tilanteita esimerkiksi keskosvauvan lääkehoidon toteutuksessa kotona, ei kukaan haastateltavista muistanut. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat kertoivat kohdanneensa väsyneitä ja uupuneita vanhempia, lähinnä äitejä. Joskus vanhempien väsymys oli ollut syynä vauvan palaamiseen sairaalahoitoon. Myös vanhempien väliset ongelmat tuntuivat haastatelluista lisääntyneen ja näitä parisuhdeongelmia kohdatessaan, lasten kotisairaalan sairaanhoitajat olivat kokeneet ammattitaidon riittämättömyyttä. (Katso taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Ongelmat keskosvauvan kotisairaalahoidossa

Ongelmat keskosvauvan kotisairaalahoidossa	Sairaala A	Sairaala B	Sairaala C	Sairaala D
ONGELMIEN YLEISYYS	Ei ongelmia eikä muistissakaan tilanteita, että keskosvauva olisi palannut kotisairaalaan sairaalahoitoon	Keskosvauvoilla ei ongelmia Ei vaaratilanteita isoissakaan perheissä	Joskus harvoin infektioita	Ongelmia keskosvauvan kotihoidossa vain harvoin
ESIIN TULLEITA ONGELMIA KESKOVAUVAN KOTISAIRAALAHOIDOSSA	Väsyneitä vanhempia Sukulaisten tukiverkko puuttuu	Todella harvoin nenämahaletku irronnut Ongelmina vanhempien väsymys, äitien uupumus Ei uhkaavia tilanteita myöskään hoitajilla	Vanhempien saaman tuen riittämättömyys Vanhempien lisääntyneet parisuhdeongelmat Ongelmina vanhempien uupumus	Keskosvauvan hoito kotona voi olla vaativaa, perheillä ei yhteistä aikaa Vanhempien parisuhdeongelmat lisääntyneet Vanhempien uupumuksen tai vauvan itkuisuuden vuoksi, vauva on otettu joskus sairaalaan

10.9 Palvelun kustannukset asiakkaalle

Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan käynnit olivat perheelle maksuttomia kaikissa haastatelluissa sairaaloissa. Muutamassa sairaaloissa lastenlääkärin suorittama kotikäynti oli asiakkaalle maksullinen. Kunnilta perittävät kustannukset vaihtelivat 177 eurosta 340 euroon yhdeltä keskosvauvaperheen kotikäynniltä.

11 Keski-Pohjanmaan keskussairaalan lasten kotisairaalan keskosvauvan perheelle kohdistetun kotikäynnin palvelukuvaus

11.1 Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan keskosvauvaperheen kotikäynnin palvelukuvaus

Palvelun tarkempaa kuvausta voidaan nimittää monella tavalla, mutta tarkoitus on aina tuoda esille yksittäisten palvelujen tai palvelukokonaisuuksien sisältö (Tuotteistaminen 2011). Palvelukuvaus kertoo muun muassa: mitä palvelu sisältää, mikä on sen käyttötarkoitus, mahdolliset hyödyt, laatuun liittyvät asiat sekä tarvittavat resurssit. Lisäksi voidaan arvioida tuotteen tuottamiseen kuluva aika ja muut siihen kohdistuvat kustannukset. Tuotteelle annetaan nimi ja sen kyseisen tuotteen sisältö kuvaillaan tarkasti kaikkine etuihin. (Holma 1998, 14 – 15; Lehtinen ym. 2005, 47; Tuotteistaminen 2011.) (Katso taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan keskosvauvaperheen kotikäynnin palvelukuvaus

Palvelun nimi	Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan kotikäynti keskosvauvaperheessä
Kenelle	Keskosvauvat, joiden vointi on vakaa ja toipuminen keskosuudesta jatkuu ennustettavasti, mutta joilla on kasvuun tai kehitykseen liittyvä lisäseurannan tarve esim. ravitsemuksen tukena on edelleen nenämahaletku.

Tavoite ja tarkoitus	Keskosvauvan kotiutumisen tukeminen sekä vauvan tarpeiden ja perheen tuen tarpeen kartoittaminen. Keskosvauvan hoidon jatkuvuuden turvaaminen kotikäyntien avulla.
Hyödyt	Keskosvauvan kotiutumiseen kynnys on matalampi, kun vauva kotiutuu lasten kotisairaalan ”saattelemana”. Joskus lasten kotisairaala on myös kotiutumisen mahdollistava tekijä. Vanhempien epävarmuus vähenee ja turvallisuuden tunne lisääntyy ja se näkyy yhteydenottojen harvenemisena lastenosastolle. Keskosvauvan kotiutuminen ja siirtyminen lasten kotisairaalan asiakkaaksi helpottaa perhetilannetta, vähentää vanhempien kokemaan stressiä ja tukee vauvan ja vanhempien välistä kiintymissuhdetta. Keskosvauvan kotiutuminen lasten kotisairaalan kautta, vähentää myös sairaalahoitoon palaamistarvetta. Lasten kotisairaalahoido on taloudellisempaa kuin vuodeosastohoito ja ”ruuhka-aikoina” se vapauttaa vuodepaikkoja vaikeimpien sairauksien hoitoon.
Resurssit	Kotikäynnin tekee lasten kotisairaalaan kokenut sairaanhoitaja, joka saa kotikäynnin suunnitteluun ja toteutukseen tukea lastenlääkäriltä. Kotikäynti vie valmisteluineen ja jälkitöineen aikaa noin 2-3 tuntia.
Tarvikkeet	<p>Keskosvauvaperheen kotikäynnillä tarvittavia välineitä ovat</p> <ul style="list-style-type: none"> – vaaka, pituusmitta ja päänympärysmitta – pulssioximetri, verensokerimittari ja verenpainemittari – nenämahaletkun vaihtoon tarvittavat välineet – sinivalohoitolaite – verinäytteiden ottoon välineet – teippejä, ruiskuja ja neuloja. <p>Jokaisella lasten kotisairaalan sairaanhoitajalla on myös käytössä iPad, joka mahdollistaa sähköisten potilastietojen tarkastelun Internet-yhteyden avulla myös sairaalan ulkopuolella. iPad:n avulla mahdollistuu myös kotikäyntien reitti-suunnittelu.</p>

Sisältö	<p>1. Kotikäynnin valmistelu</p> <ul style="list-style-type: none"> – käynnin suunnittelu ja aikataulutus, yhteydenotto perheeseen ja vauvaan tutustuminen, sopimuksen laatiminen, välineistön kokoaminen sekä muu etukäteistyö <p>2. Kotikäynti</p> <ul style="list-style-type: none"> – alkuinformaatio – luottamuksellisen ilmapiirin luominen – keskustelu ja haastattelu, jonka aikana havainnoidaan vanhempien ja vauvan välistä suhdetta – keskusteluun liittyvä ohjaus ja neuvonta; * kasvun ja kehityksen seuranta (paino, pituus ja päänympäry) * ravitsemus (keskoslapsen syöminen ja vanhempien ohjaus vauvan suunalueen kehitystä tukeviin hoitotapoihin, maitomäärän riittävyys tai kiinteään ravitsemuksen tarkistus) * vanhempien tukeminen vauvan viestien tulkitsemisessa ja vanhempien ja vauvan myönteisten kokemusten tukeminen * tarvittavien verikokeiden otto – tilanteen arvio ja sopiminen jatkotoimista – kunnan ja muiden tahojen tarjoamista palveluista kertominen <p>3. Jälkikäteistyöt</p> <ul style="list-style-type: none"> – kotikäynnin dokumentointi, tilastointi ja laitteiden huolto ja puhdistus <p>4. Seuranta</p> <ul style="list-style-type: none"> – seurantakäynti, seurantasoitto
Laatu	<p>Kotikäynnin toteuttaa kokenut ammattilainen, sairaanhoitaja, jolla on tietoa keskosvauvan erityisyydestä ja keskosuuden vaikutuksesta toteutettavaan hoitotyöhön ja vauvan kasvuun ja kehitykseen.</p> <p>Kotikäynnin ilmapiiri on luotettava, kiireetön ja turvallinen, terveyttä ja hyvinvointia lisäävä. Kotikäyntiä tekevällä sairaanhoitajalla on mahdollisuus konsultoida eri alojen asiantuntijoita.</p>
Arviointi	<p>Asiakasperheiltä hankintaan palautetta suunnitelmallisesti haastatteluiden tai kyselyiden avulla. Asiakkaiden antamat palautteet, kerätyt tilastot ja raportit huomioidaan tuotetta edelleen kehitettäessä. Vertailukehittämistä toteutetaan jatkossakin hyvien ja toimivien käytäntöjen luomiseksi.</p>

Hinta	Kotikäynnin hinta perustuu toiminnasta aiheutuviin kustannuksiin. Kustannukset sisältävät valmistelutyön, varsinaisen kotikäynnin aiheuttamat kustannukset ja jälkikäteistyöt. Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan kotikäynnit ovat perheelle ilmaisia. Keskosperheen kotikäynnin kuntahinta on 350 euroa käynniltä.
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11.2 Palvelukuvauksen muodostaminen

Lasten kotisairaalan sairaanhoitajan keskosvauvaperheen kotikäynnin palvelukuvauksen tekijä laati yhteistyössä lasten kotisairaalan henkilökunnan kanssa. Tavoitteena kaikilla palvelukuvauksen laatimiseen osallistuneilla oli, että lasten hoitotyötä lasten kotisairaalassa tehdään asiakaslähtöisesti potilaan ja perheen voimavarat huomioon ottaen ja joustuen. Asiakaslähtöisyyden vuoksi kotisairaalan ”toimintasädetä” ei haluttu rajoittaa, vaan palvelua tarjotaan kaikille keskosvauvaperheille. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on alueena laaja ja kotisairaalan toiminnan rajoittaminen etäisyyden mukaan olisi asettanut perheitä eriarvoiseen asemaan. Resursseissa kotikäynnin ajalliseksi kestoksi suunniteltiin siksi 2-3 tuntia alueen laajuuden vuoksi.

Mahdollisuutta kotiutua vastasyntyneiden teho-osastolta lasten kotisairaalan potilaaksi tarjotaan keskosvauvoille, joiden vointi on vakaa ja toipuminen keskosuudesta jatkuu ennustettavasti. Keskosvauvalla voi olla kasvuun tai kehitykseen liittyvä lisäseurannan tarve esim. ravitsemuksen tukena on edelleen nenämahaletku. Kaikkien lasten kotisairaalan sairaanhoitajien mielestä lasten kotisairaalan potilaiksi siirtyvien keskosvauvojen tulee osata pullo- ja/tai rintaimemisen tekniikka. Keskosen syömisen opettelu ja opettaminen on vaativaa ja siinä tarvitaan jatkuvaa seurantaa, jota ei voi tehdä satunnaisilla kotikäynneillä. Keskosvauvan kotikäyntien enimmäismäärää ei haluttu määritellä, vaan ne jatkuvat keskosvauvaperheen tarpeen mukaan. Nyt aluksi lasten kotisairaala toimii kahdessa vuorossa.

Palvelukuvauksen laatimiseen osallistuneet sairaanhoitajat halusivat sisällyttää lasten kotisairaaloimintaan myös verinäytteiden ottamisen. Keski-

Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella verikokeiden otto on keskitetty muutamisiin terveyskeskuksiin, joiden näytteenotto ei ole auki viikonloppuisin tai iltaisin. Lasten kotisairaalan toimesta verinäytteitä voidaan ottaa myös viikonloppuisin ja iltaisin ja esimerkiksi sinivalohoidontoteutus voidaan suunnitella ilman pitkää ajomatkaa keskussairaalan näytteenottoon.

Keskosvauvaperheen kotikäynnin tarkka sisällön kuvaaminen oli lasten kotisairaalan sairaanhoitajien toivomus. Palvelun tarkka kuvaaminen auttaa henkilökunnan perehdytyksessä, se lisää toiminnan laatua ja on työväline erilaisissa asiakastilanteissa. Palvelukuvauksen pohjalta tuotetta on myös helpompi kehittää yhä toimivammaksi. Lasten kotisairaalan suunnitteluvaiheessa oli jo selvää, että keskosvauvaperheiden kotikäynnit tekee sairaanhoitaja. Keskosvauvaperheen kotikäyntejä tekevältä hoitajalta vaaditaan kokemusta ja tietoa keskosvauvan erityisyydestä, keskosuuden vaikutuksesta toteutettavaan hoitotyöhön ja vauvan kasvuun ja kehitykseen. Tämän vuoksi oli perusteltua, että kotikäynnit tekee aina sairaanhoitaja.

Palvelukuvauksen laatiminen asiantuntijalähtöisesti oli tekijän valinta. Asiakkaita ja yhteistyökumppaneita ei toki ollut unohdettu, mutta he eivät olleet suoranaisesti mukana tuotteistamisessa tai palvelukuvauksen laatimisessa. Tekijällä itsellään oli epäily, olisiko keskosvanhempien haastattelut tuoneet lisäaineistoa, koska lasten kotisairaaloiminnasta ei ollut täällä aikaisempaa kokemusta. Kun kokemusta lasten kotisairaala- ja keskosvauvaperheiden kotikäynneistä saadaan lisää, voidaan asiakaspalautteita keräämällä kehittää tuotetta asiakaslähtöisesti. Lasten kotisairaalan henkilökunnalla oli jo nyt toiminnan alussa ajatuksia palautteen keräämiseksi.

12 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli keskosvauvaperheelle suunnatun kotikäynnin tuotteistaminen ja sen sisällön kuvaaminen palvelukuvauksen kautta. Lasten kotisairaala oli uusi toimintamuoto Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa, siksi oli tarve tuotteistaa keskosvauvaperheen kotikäynti. Tuotteistamisen avuksi kerättiin tietoa haastatteleamalla sairaanhoitajaa kaikista Suomen lasten kotisairaaloista, jotka tekevät keskosvauvaperheiden kotikäyntejä. Estimällä eroja ja yhtäläisyyksiä eri sairaaloiden toiminnassa ja tunnistamalla hyviä käytäntöjä, poimittiin omaan organisaatioon parhaat mahdolliset hoitokäytännöt, joiden pohjalta palvelukuvaus muodostui. Tekijä on laatinut palvelukuvauksen asiantuntijälähtöisesti, ammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden avulla, asiakasta kuitenkin unohtamatta.

Aineiston lähteinä olleissa lasten kotisairaaloissa keskosvauvaperheen kotikäyntejä tehtiin hyvin samalla tavalla

- kotikäynnin suoritti aina sairaanhoitaja, jolla oli vuosien kokemus keskosvauvojen hoidosta ja tietoa keskosvauvojen erityisyydestä
- keskosvauvan siirtyminen lasten kotisairaalan asiakkaaksi perustui aina vapaaehtoisuuteen
- ensikäynti kotona pyrittiin tekemään parin päivän sisällä vauvan kotiutumisesta
- kotikäynnit sisälsivät vauvan voinnin (mittaukset) ja ravitsemuksen seurannan, vauvan ja vanhempien kiintymyssuhteen arvion ja vanhempien tukemista vauvan viestien tulkinnassa ja koko perheen hyvinvoinnin seurannan
- lasten kotisairaalan kotikäynnit olivat kaikissa sairaaloissa perheille ilmaisia
- kaikissa haastatelluissa lasten kotisairaaloissa työmuotona olivat sairaanhoitajan suorittamat kotikäynnit.

Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa arvioidaan keskosvauvan kotiutumiseen ja perheen selviytymiseen kehitettyjä interventioita. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan tekemät kotikäynnit keskosvauvaperheissä ovat edelleen tutkimuodoista tärkeimpiä, kun keskosvauva on kotiutunut. (Boykova 2012, 85;

Lopez 2012, 207.) Erona suomalaiseseen keskosvauvaperheen kotikäyntien toteuttamiskäytäntöön on muun muassa lasten kotisairaalan sairaanhoitajan kotikäyntien maksullisuus perheille. Kotikäyntien tuottaja vaihtelee, koska kotikäyntejä voi tuottaa sairaalan lisäksi myös julkinen tai yksityinen palvelun tuottaja. Kotikäyntejä suorittavilla sairaanhoitajilla koulutustaso voi vaihdella (nurses of senior, middle and junior grades) kotikäynnin vaativuuden mukaan. Vanhempien tukeminen keskosvauvan vanhemmuuteen alkaa kotisairaalan toimesta jo vauvan ollessa sairaalahoidossa. Ja kotikäyntien lisäksi vanhempia tuetaan keskosvauvan hoitoon kotona puhelinsoittojen ja kuva- ja videoyhteyksien avulla. (Cramp ym. 2003, 41; Gund ym. 2013, 1; Lopez 2012, 207–241.)

Tätä kirjoittaessani lasten kotisairaala on ollut toiminnassa runsaan 3 kuukautta ja asiakkaita on riittänyt ylitarjontaankin asti. Lasten vanhempien palautteet toiminnasta ovat olleet erittäin hyviä - lapsipotilaat ja vanhemmat ovat olleet tyytyväisiä. Lasten kotisairaalahoito on ollut lapselle inhimillinen hoitomuoto, sairas lapsi on saanut sairastaa kotona, tutussa ympäristössä. Keskosvauvoja lasten kotisairaalan asiakkaina on ollut vasta muutamia, mutta syömiseen liittyvää ohjausta, havainnointia ja seurantaa on tarvittu toistuvasti.

Lasten kotisairaala suuniteltaessa lähtökohtana oli perhekeskeisyys ja lapsen oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Toki toiminnan suunnittelussa tähdättiin myös säästöihin. Ja jo lyhyellä kokemuksella näyttää siltä, että lasten kotisairaalahoito on kustannustehokasta. (vrt. Financing of Pediatric Home Health Care 2006, 834; Parker 2012, 10.) Lasten kotisairaala (K-PKS) tehty keskosvauvaperheen kotikäynti maksaa kunnille 350 euroa, kun vastasyntyneiden teho-osastolla matalin hoitopäivämaksu on 800 euroa. Collins ja muut (2010) ovat todenneet tutkimuksessaan, että nenämahaletkuavusteisella ravitsemuksella kotiutuneet keskosvauvat kotiutuivat keskimäärin 9,3 vuorokautta aikaisemmin kuin ”kontrolliryhmä”. Jo näiden lukujen valossa lasten kotisairaalatoiminta on kustannustehokasta ja säästöjä syntyy potilasta kohden useita satoja euroja päivässä. Lisäksi säästöjä syntyy myös sairaalainfektioiden vähenemisestä.

Hoito lasten kotisairaalaossa on turvallista, koska riskejä ei oteta. Lasten kotisairaalaan siirtyneen keskosvauvan vointi täytyy olla vakaa ja keskosuudesta toipumisen eteneminen todennäköisesti ennustettavissa. Epäselvissä tilanteissa vauva palaa sairaalahoitoon. (Honkanen 2011, 1897.) Haastatellut lasten kotisairaalan sairaanhoitajat kertoivat, että infektiot olivat yleisin syy miksi lasten kotisairaalan hoidossa ollut keskosvauva palasi sairaalahoitoon. Vaaratilanteita tai ”läheltä piti”-tilanteita esimerkiksi keskosvauvan lääkehoidon toteutuksessa kotona, ei kukaan haastateltavista muistanut. Kaikki haastatellut lasten kotisairaalan sairaanhoitajat kertoivat kohdanneensa väsyneitä ja uupuneita vanhempia, lähinnä äitejä. Joskus vanhempien väsymys oli ollut syynä vauvan palaamiseen sairaalahoitoon. Myös vanhempien parisuhdeongelmat tuntuivat haastatelluista lisääntyneen ja esimerkiksi vanhempien eroja keskosvauvan pikkulapsivaiheessa ilmeni haastateltujen sairaanhoitajien mielestä aikaisempaa enemmän.

Keskosvauvan vanhemmaksi synnyttään yleensä valmistautumatta. Keskoslapsen syntymä on aina perheelle kriisi ja vanhemmat tarvitsevat asiantuntevaa ymmärrystä ja tukea kasvaakseen keskosvauvansa vanhemmiksi. Keskosvauvan syntyessä vanhempien tunnetilat vaihtelevat masennuksesta lamaantumiseen, alistumiseen ja vihaan. Vaikka vauvan tila olisi vakaa, ei se poista vanhempien huolta ja pelkoa. Vanhempien reaktiot ja tunteet ovat voimakkaita myös fyysisesti ja se uuvuttaa vanhempia. Toisinaan vanhemmat tuntevat olevansa syyllisiä vauvan ennenaikaiseen syntymiseen. Hoitohenkilökunnan on tiedettävä, miten vanhempien traumakokemukset kuormittavat heitä, ja miten surun ja hädän kohtaamisessa voi auttaa. Vanhemmat odottavat, että keskosperheiden erilaisuus sekä vanhempien ja vanhemmuuden erilaisuus huomioitaisiin hoidossa. (Boykova ym. 2012, 82, 85.)

Kaikki lapsipotilaat tulisi pyrkiä hoitamaan kotona ja perinteistä sairaalahoitoa tuli käyttää vain silloin, kun lapsi tarvitsee hoitajan ja lääkärin jatkuvaa seurantaa tai hoitoa (Sartain 2002, 373–374; Wang 2004, 43). Lähdeahon ym. (2011, 1926) mukaan Suomessa lasten kotisairaalaossa suunnitellaan hoidettavan uusia potilasryhmiä. Mahdolliseksi uudeksi potilasryhmäksi on suunniteltu lapsia, joilla on tuore diabetes. Muuan muassa Englannissa kyseisiä lapsipotilaita

on hoidettu jo pidemmän aikaa turvallisesti ja hyvillä tuloksilla (Clar ym. 2009, 7).

Lasten kotisairaaloiminta vaatii edelleen tutkimista ja kehittämistä. Teknologian kehittyminen on mahdollistanut virtuaalisen asioinnin sosiaali- ja terveyspalveluissa kuvapuhelun avulla. Tulevaisuudessa lasten kotisairaala voisi hyödyntää kuva- ja videoneuvottelumahdollisuutta esim. keskosvauvaperheen ohjauksessa. (Gund ym. 2013, 7-11; Lopez 2012, 212.)

Palveluiden tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla on verrattain uusi, mutta ajankohtainen asia. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ovat entistä laatutietoisempia ja kiinnostuneempia erilaisista julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamista terveyspalveluista. Julkisille palveluille on nyt asetettu entistä suurempia laatuvaatimuksia, kun verorahoille halutaan vastinetta. (Kivistö 2003, 9.) Tämän kehittämistehtävän pohjalta laadittu palvelukuvaus tämentää laatua, parantaa tehokkuutta ja auttaa perehdytyksessä. Se poistaa tuotteistamiseen kohdistuvaa ennakkoluuloa ja mahdollisesti johtaa sairaalassamme myös muiden lasten kotisairaalan palveluiden tuotteistamiseen. Tämän opinnäytetyön myötä tekijä on ollut mukana kehittämishaasteessa, joka liittyy sairaanhoitopiirien sisäiseen yhteistyöhön erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Lasten kotisairaalan suunnitteluryhmä oli jo aiemmin selvittänyt tuotteen luonnostelua ohjaavat osatekijät (katso kuvio 1.) ja tekijän tehtäväksi jäi tuotteen valmistelu. Tuotteen ideointivaiheessa kehittämistyön menetelminä käytetyt vertailukehittäminen ja teemahaastattelu olivat hyvä valinta. Vertailukehittämisen onnistuminen on riippuvainen siitä, miten hyviä ovat vertailukohteet. Vertailu kannattaa tehdä aina omaa organisaatiota edistyneempään organisaatioon. (Hotanen ym. 2001, 7-7; Jämsä ym. 2000, 37.) Vertailuorganisaatioiden valinta onnistui hyvin; vertailukohteina olleista sairaaloista kaksi oli Keski-Pohjanmaan keskussairaala suurempia, yksi sairaala oli vauvatehon potilasmääriltään samansuuruinen ja yksi sairaala pienempi. Tuotteiden suunnittelussa ja valmistamisessa tarvitaan neuvoja ammattilaiselta, jolla on kokemusta suunnitteilla olevasta tuotteesta tai palvelusta (Jämsä ym. 2000, 50; Lehtinen ym. 2005, 10 – 11). Kaikilla haastatelluilla lasten kotisairaalan sai-

raanhoitajilla oli pitkä työkokemus keskosten ja sairaiden vastasyntyneiden hoidosta sairaalassa ja myös hoidosta kotona.

Kehittämistehtävän käynnistymisessä tekijällä oli vaikeutena tuotteistamis- ja palvelukuvausmallien puuttuminen. Sairaaloissa tehtyjä palvelukuvauksia löytyi vähän ja ainakin omassa sairaalassa tuotteistaminen perustuu vielä tuotteen kustannuksiin ja itse palvelujen sisältöjä ei ole auki kirjoitettu. Loppujen lopuksi tuotteistamis- ja palvelukuvausmallien puuttuminen ei suuresti vaikuttanut kehittämistyön lopputulokseen. Tämän kehittämistyön pohjalta valmistunut palvelukuvaus palvelee jatkossa omaa organisaatiota.

Lasten kotisairaalatoiminta on erikoissairaanhoidossa olevan tiedon ja taidon viemistä kotiin. Se on sosiaali- ja terveystalvaeluja täydentävää eikä sulje pois tai korvaa perusterveydenhuollon palveluita. Lasten kotisairaalassa hoitotyö on parhaimmillaan moniammatillista toimintaa ja yhteistyötä, jonka laadukkuutta tuotteistaminen lisää. Tämän opinnäytetyön aikana saatua tietoa voidaan hyödyntää, kun kehitetään keskosten ja heidän vanhempinsa hoitotyötä kotona. Kun tiedetään enemmän keskosvauvaperheiden tuentarpeesta, voidaan ohjausta, voimavaroja ja henkilökunnan koulutusta kohdistaa vastaamaan enemmän perheiden tarpeita. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdessä tarjoama tuki auttaa vanhempia selviytymään keskosen hoidosta kotona ja kasvamaan keskosvauvansa vanhemmiksi.

LÄHTEET

Arasola, A., Reen, E., Vepsäläinen, S-L. & Yli-Huumo, H. 2009. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen ja T. Surakka. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Karisto, 401- 451.

Arvonen, M. 2008. Kotisairaalaan kotiuttaminen - potilaiden ja heidän omaistensa arviointi kotiuttamisen toteutumisesta. Pro gradu. Turun yliopisto. Hoitotiede.

Axelin, A. 2010. Parents as pain killers in the pain management of preterm infants. Väitöskirja. Turku. Turun Yliopisto. Viitattu 19.4.2013. [Http:// www.doria.fi/ handle/ 10024/ 63939](http://www.doria.fi/handle/10024/63939)

Boykova, M. & Kenner, C. 2012. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. The journal of perinatal & neonatal nursing 26, 1, 81-87. Viitattu 19.4.13. [Http://www.nursingcenter.com/Inc/CEArticle?an=00005237-201201000-00014&Journal_ID=54008&Issue_ID=1297343](http://www.nursingcenter.com/Inc/CEArticle?an=00005237-201201000-00014&Journal_ID=54008&Issue_ID=1297343)

Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. 2005. Kliininen lapsipsykologia. Helsinki: Edita Prima.

Clar, C., Waugh, N. & Thomas, S. 2009. Routine hospital admission versus out-patient or home care in children at diagnosis of type I diabetes mellitus. (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library 2009, 1. Viitattu 19.4.13. [Http://www.update-software.com/pdf/CD004099.pdf](http://www.update-software.com/pdf/CD004099.pdf)

Cooper, C., Wheeler, DM., Woolfenden, S., Boss, T. & Piper, S. 2009. Specialist home-based nursing services for children with acute and chronic illness. (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library 2000, 1. Viitattu 19.4.2013. [Http://www.biblioteca.cochrane.com/pdf/CD004383.pdf](http://www.biblioteca.cochrane.com/pdf/CD004383.pdf)

Collins, CT., Makrides, M. & McPhee, AJ. 2010. Early discharge with home support of gavage feeding for stable infants who have not established full oral feeds. (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library 2011, 11. Viitattu 19.4.2013. [Http://www.update-software.com/pdf/CD003743.pdf](http://www.update-software.com/pdf/CD003743.pdf)

Cramp, C., Tripp, S., Hughes, N. & Dale, J. 2003. Children`s home nursing: results of a national survey. Paediatric Nursing 15, 8, 39–43. Viitattu 20.4.2013. www.nelliportaali.fi/CINAHL

Ennenaikainen synnytys (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2011. Viitattu 20.3.2013. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Fellman, V. & Järvenpää, A. 2007. Vastasyntynyt. Teoksessa Terapia fennica. Toim. M. Mäyränpää. Yhdeksäs laitos. Kandidaattikustannus Oy / Lääketieteenkandidaattiseura ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 1095–1200.

Fellman, V. & Lönnqvist, T. 2002. Aivoverenvuodot. Teoksessa Neonatologinen tehohoito. Toim. V. Fellman ja P. Luukkainen. Duodecim. Rauma: Kirjapaino Oy West Point. 116.

Financing of Pediatric Home Health Care 2006. Committee on Child Health Financing, Section on Home Care. Pediatrics 118, 2, 834- 839. Viitattu 19.4.2013.

www.nelliportaali.fi/CINAHL (EBSCO)

Flinkman, T. & Salanterä, S. 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Hoitotiede-lehti 16, 3, 122–131.

Gund, A., Sjöqvist, B.A., Wigert, H., Hentz, E., Lindecrantz, K. & Bry, K. 2013. A randomized controlled study about the use of eHealth in the home health care of premature infants. Research article. BMC Medical Informatics & Decision Making 13, 22, 1-11. Viitattu 20.4.2013.

[Http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-13-22.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-13-22.pdf)

Halonen, M. 2012. Kotisairaalatyyppinen hoito – asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 20.4.2013.

[Http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120447/urn_nbn_fi_uef-20120447.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120447/urn_nbn_fi_uef-20120447.pdf)

Holma, T. 1998. Tuotteistus tutuksi. Ideat ja työvälineet. Esimerkkinä kuntoutuspalvelut perusterveydenhuollossa. Toim. T. Holma. 1. painos. Suomen Kuntaliitto, Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Toim. K. Varantola, V. Launis, M. Helin, S.K. Spoof & S. Jäppinen. Helsinki. Viitattu 25.10.2014.

[Http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Honkanen, J.-P. 2011. Erikoissairaanhoidoa ilman seiniä. Suomen Lääkärilehti 66, 23, 1896–1897.

Hotanen, J., Laine, R. O. & Pietiläinen, S. 2001. Benchmarking-opas: Opi hyviltä esikuvilta. Espoo: Otamedia.

Huuskola, K. 2005. Keskosvauvan vanhemmuus ja hoitohenkilökunnalta saat tuki sairaalahoidon aikana. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., Ivanoff – Lahtela, P. 2007. Hoitotyö-kotona. Helsinki: WSOY

Ivanoff, P., Åstedt-Kurki, P. & Laitajärvi, H. 1999. Leikki-ikäisen kokema sairaalapelko. Hoitotiede 11, 5, 272–281.

Jaakkola, E., Orava, M. & Varjonen, V. 2009. Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua. Opas Yrityksille. Tekes. Helsinki. Viitattu 18.9.14. [Http://www.tekes.fi](http://www.tekes.fi), julkaisut

- Jauhiainen, M. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyön erityispiirteet. Teoksessa Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. A. Iivanainen, M. Jauhiainen ja P. Syväoja. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 823–834.
- Jokinen, S., Kuusela, A-L. & Lautamatti, V. 1999. ”Satuukse se?” Lasten kliiniset tutkimukset. Tampere: Tammer-Paino.
- Järvenpää, A-L., Luukkainen, P., Tammela O., Peltola, T. Paganus, A. & Aldén, H. 2008. Keskoslapsen ruokaopas. Hengityslitto Heli ry. Helsinki.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vaasa: Tummanvuoren kirjapaino Oy.
- Kainlauri, A. 2007. Ideasta hyvinvointialan yrittäjäksi. Juva: Ws Bookwell Oy.
- Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki. 2011. Tuotteistaminen. Viitattu 17.2.2014.
<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiToimTuotteistaminen.aspx>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaukola, T. 2005. Perinatal brain damage in very preterm infants. Prenatal inflammation and neurologic outcome in children born term and preterm. Lääketieteellinen tiedekunta. Lastentautienklinikka, Biocenter, Oulun yliopisto. Acta Univ. Oul. D 846, 2005.
- Kekkonen, M. & Rantanen, M. 2009. Varhaiskasvatus sairaalassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kirk, S. & Glendinning, C. 2003. Developing services to support parents caring for a technology-dependent child at home. Child: Care, Health & Development 30, 3, 209-218. Viitattu 19.4.2013. www.nelliportaali.fi/CINAHL
- Kirk, S., Glendinning, C. & Callery, P. 2004. Parents or nurse? The experience of being the parent of a technology-dependent child. Journal of Advanced Nursing 51, 5, 456-464. Viitattu 19.4.2013. www.nelliportaali.fi/Medline
- Kirmanen, T. 2000. Lapsi ja pelko. Sosiaalipsykologinen tutkimus 5-6-vuotiaiden lasten peloista ja pelon hallinnasta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 78.
- Kivistö, A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 5. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Korhonen, A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena: Tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Korhonen, A. & Sukula, S. 2004. Vauvaperhetyö. Juva: WS Bookwell.

Korhonen, P. 2010. Pikkukeskonen neuvolassa. Suomen Lääkärilehti 65, 49, 4091- 4094.

Korvenranta, E, Lehtonen, L., Peltola, M., Häkkinen, U., Andersson, S., Gissler, M., Hallman M., Leipälä, J., Rautava, L., Tammela, O., Linna M. 2009. Morbidities and hospital resource use during the first 3 years of life among very preterm infants. Pediatrics 124, 1, 128–134.

Korvenranta, E. 2010. [Very preterm infants in Finland - Use of health care services and economic consequences during the first five years of life.](http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4286-2) Väitöskirja. Turun Yliopiston julkaisuja. D 903. Turku 2010. Viitattu 20.4.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4286-2>

Kotisairaalaprosjekti-suunnitelma 2012. Työryhmän kokous 14.2.2012. Pöytäkirja. K-PKS lasten ja nuorten osasto.

Kyngäs, H. & Rissanen, M. 2001. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat tekijät. Hoitotiede 13,4, 198–206.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Elo, S., Kanste, O. & Pölkki, T. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23, 2, 138–148.

Kuusi, O., Ryynänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Teknologian arvioinnin perusraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006. Viitattu 1.4.2013. [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip?\\${APPL}=erekj&\\${BASE}=erekj&\\${THWIDS}=0.24/1379677284_156799&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip?${APPL}=erekj&${BASE}=erekj&${THWIDS}=0.24/1379677284_156799&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä 14.6.2002/504. Viitattu 23.4.2013. [Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020504#a28.12.2012-926](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020504#a28.12.2012-926)

Lastenneuvolaopas 2004. Keskoslapsi. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 11.3.2013. [Http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=Ino](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=Ino)

Lassila, R. 2006. Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lasten ja nuorten tapaturmat 2010. Tilastokatsaukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.3.2013. [Http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/tilastot/tilastokatsaukset/lasten-ja-nuorten-tapaturmat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/tilastot/tilastokatsaukset/lasten-ja-nuorten-tapaturmat)

Lehtinen, U. & Niinimäki, S. 2005. Asiantuntijapalvelut. Tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu. Helsinki. Porvoo: WSOY.

- Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo: Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Lehtonen, L. 2009. Keskosen muuttuva hoito. *Duodecim* 125, 12, 1333–1339.
- Leino-Kilpi, H. 2012. Kotihoito on sairaanhoitajan etiikkatesti. *Sairaanhoitajalehti* 9, 35.
- Lindén, L. 2009. Lasten sairaalahoido. Terveysthuollon palvelujärjestelmä sairaalahoidon järjestämiseksi. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen ja T. Surakka. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Karisto, 30–34.
- Lindholm, M. 2009. Lapsi, perhe ja yhteisö. Lasten ja nuorten terveyden edistäminen. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen ja T. Surakka. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Karisto, 14- 34.
- Lopez, G. L., Hoehn Anderson, K. & Feutchinger, J. 2012. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Netw.* 31, 4, 207-214. Viitattu 20.4.2013.
[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662297/pdf/nihms447971.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662297/pdf/nihms447971.pdf)
- Lähdeaho, M-L., Heino-Tolonen, T. & Kuusela, A-L. 2011. Lasten kotisairaala - Laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille. *Suomen Lääkärilehti* 66, 23, 1923–1926.
- Mattila, T. 2004. Erityisvauvaperheen saama tuki lapsen syntymän jälkeen. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Melin, T. & Linnakko, E. 2003. Tuotteistuksen ja kustannuslaskennan hyvät käytännöt kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Metsäranta, M. & Järvenpää, A-L. Päivitetty 5.3.2013. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkärin käsikirja. Viitattu 11.3.2013.
[Http://www.nelliportaali.fi/Lääkärin tietokannat](http://www.nelliportaali.fi/Lääkärin_tietokannat).
- Mikkola, K., Ritari, N., Tommiska, V., Salokorpi, T., Lehtonen, L., Tammela, O., Pääkkönen, L., Olsen, P., Korkman, M. & Fellman, V. 2005. Neurodevelopmental outcome at 5 years of age of a national cohort of extremely low birth weight infants who were born in 1996-1997. *Pediatrics* 116, 1, 1391-1400.
- Mikkola, K., Tommiska, V., Hovi, P. & Kajantie, E. 2009. Keskosesta aikuiseksi. *Duodecim* 125, 12, 1341–1347.
- Niittymäki, S. 2010. Benchmarking ROCKET-hankkessa. Luonnostelua keskustelun pohjaksi 19.3.2010. Luettu 1.9.2014.
[Http:// portal.hamk.fi/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_](http://portal.hamk.fi/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_)
- Nivala, P. & Remes, S. 2000. Ensiaskeleita – arjen käynnistyminen keskoslasten perheissä. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos

Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-paino.

Parantainen, J. 2007. Tuotteistaminen. Rakenna palvelusta tuote 10 päivässä. Talentum Media Oy. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy

Parker, G., Spiers, G., Grinley, K., Atkin, K., Birks, Y., Lowson, K., Light, K. 2012. Systematic review of international evidence on the effectiveness and costs of paediatric home care for children and young people who are ill. Review article. Child: care, health and development 39, 1, 1-19.
www.nelliportaali.fi/Medline

Pelander, T. 2008. The Quality of paediatric nursing care – children`s perspective. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun Yliopiston julkaisuja.

Pelkonen, A. 2003. Keskoslasten keuhkojen toiminta. Teoksessa Kevyt pienokainen, tietoa keskosesta vanhemmille. Keskosvanhempien yhdistys Kevyt. Etelä-Savon kirjapaino.114–115.

Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakesin työpapereita 19/2007. Helsinki: Valopaino Oy. Luettu 1.9.2014.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76021/T19-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Pikkarainen, H. 2014. Suunnittelu- ja kehittämispäällikkö. K-PKS, keskushallinto. Toimintatilastot. Haastattelu 20.3.2014.

Ponnikas, J. & Korhonen, S. 2004. Kotisairaalan verkostot -hankkeen ulkoinen arviointi. Arviointiraportti. Oulu. Oulun yliopisto. Kajaanin yliopistokeskus. Aikuiskoulutus- ja aluekehitysyksikkö. Luettu: 22.4.2013.
<http://www.kajaaninyliopistokeskus.oulu.fi>

Pölkki, T., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta. Tutkiva Hoitotyö 1, 2, 22–27.

Ralli, P. 2009. Allergiat. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen ja T. Surakka. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Karisto, 191–198.

Rannankari, K. 2014. Laskentasihteeri. K-PKS, keskushallinto. Haastattelu 23.7.2014.

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaалassa. Duodecim 121, 2, 203–209.

Sarkola, H. & Paulamäki, M. 2009. Hengitystieinfektiota sairastavan lapsen hoitotyö. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen ja T. Surakka. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Karisto, 183–187.

Sartain, S., Maxwell, M., Todd, P., Haycox, A. & Bundred, P. 2001. Users' views on hospital and home care for acute illness in childhood. *Health and Social care in the Community* 9, 2, 108-117. Luettu 28.5.2013.

www.nelliportaali.fi/CINAHL

Sartain, S., Maxwell, M., Todd, P., Jones, K., Bagust, A. Haycox, A. & Bundred, P. 2002. Randomised controlled trial comparing an acute paediatric hospital at home scheme with conventional hospital care. *Arch Dis Child* 87: 371–375. Luettu 28.5.2013. www.nelliportaali.fi/Medline

Saxén, H. 2002. Vastasyntyneen sepsis. Teoksessa *Neonatologinen tehohoitotoim. V. Fellman ja P. Luukkainen. Duodecim. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.* 38–44.

Somaattinen erikoissairaanhoito 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 33/13. Viitattu 6.6.2014.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110864/Tr33_13.pdf?sequence=5

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T., & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Sukula, S. & Korhonen, A. 2003. Kotiutuminen sairaalasta. Teoksessa *Kevyt pienokainen, tietoa keskosesta vanhemmille. Keskosvanhempien yhdistys Kevyt. Etelä-Savon kirjapaino.* 58–62.

Suomen NOBAB-NOBAB i Finland ry. Standardit lasten sairaalahoitoon. Viitattu 20.3.2013:

<http://www.nobab.fi/standardit.html>

Talka, V. 2009. 5-6-vuotiaiden lasten pelot sairaalassa. Pro gradu. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Viitattu 20.4.2014.

[Http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-19586](http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-19586)

Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoito. Suomalaisten terveys. 18.7.2005. Duodecim . Terveyskirjasto. Viitattu 20.2.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053

Terveystieteiden laitos – pykäläistä toiminnaksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.5.2014.

www.thl.fi/terveydenhuoltolaki

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kopijyvä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud.p. Helsinki: Tammi.

Tuotteistaminen 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 18.8.2014.

[Http://www.thl.fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/iakkaiden-neuvontapalvelut-ja-hyvinvointia-edistavat-kotikaynnit/kehittaminen-ja-yhteisty/toiminnan-kehittaminen/tuotteistaminen-ja-mallinnus/tuotteistaminen](http://www.thl.fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/iakkaiden-neuvontapalvelut-ja-hyvinvointia-edistavat-kotikaynnit/kehittaminen-ja-yhteisty/toiminnan-kehittaminen/tuotteistaminen-ja-mallinnus/tuotteistaminen)

Tuuteri, L. 1993. Sata vuotta lasten sairaanhoitoa. Helsingin lastenkliniikka 1893–1993. Keuruu: Otava.

Törölä, H. 2011. Keskosen syömiseen liittyvät erityiskysymykset. Suomen neonataalihoitajien koulutuspäivä 14.4.2011, Vaasa.

Vastasyntyneet 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.3.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/synnytykset/vastasyntyneet, tilastot

Valminen, K. & Valtanen, J. 2012. Kohti avointa, asiakaslähtöistä palvelujen tuotteistamista. Asiakaslähtöisyyspalveluinnovaatioissa – suuret puheet, pienet teot? 4.10.2012. Luettu 18.8.2014.

Aalto University. Tampere university of technology. Tekes.
http://iris.aalto.fi/en/current/events/valminen_valtanen04102012.pdf

Visakorpi, P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden ja talouden laitos.

Väestö sairaanhoitopiireittäin ja ikäryhmittäin 31.12.2013. Suomen kuntaliitto. Sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden (erva) asukasluvut. Sairaanhoitopiirien väestötietoja ikäryhmittäin 31.12.2013. Luettu 6.6.2014.
<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/asukasluvut/Sivut/default.aspx>

Wang, K-W. & Barnard, A. 2004. Technology-dependent children and their families: a review. Journal of Advanced Nursing 45, 1, 36–46. Luettu 22.4.2013.
[Http://eprints.qut.edu.au/2014/1/2014.pdf](http://eprints.qut.edu.au/2014/1/2014.pdf)

YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista. Suomen UNICEF. Artikla 24. Viitattu 20.2.2015. [Http://www.lskl.fi/files/206/LOS_sopimus.pdf](http://www.lskl.fi/files/206/LOS_sopimus.pdf)

LIITTEET

Liite 1. Kyselyn saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

opiskelen kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa, ylempi AMK, Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ja työstän opinnäytetyöhöni liittyvää tutkimusta.

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään roolia, vastuuta ja tehtävän kuvaa, jotka liittyvät sairaanhoitajan tekemään keskosperheen kotikäyntiin.

Tutkimuksen tarkoitus on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan keskosvauvan perheelle suunnatun kotikäynnin tuotteistaminen ja sen sisällön kuvaaminen palvelukuvauksen kautta.

Tähän opinnäytetyöhön kerätään tietoa haastattelemalla sairaanhoitajia/sairaanhoitajaa kaikista Suomen lasten kotisairaaloista, jotka tekevät keskosperheiden kotikäyntejä. Haastattelut tehdään vierailukäynneillä tai puhelimitse, haastateltavan toiveiden mukaisesti. Kaikki haastattelut tullaan nauhoittamaan. Haastattelu tulee viemään aikaa noin 30–45 minuuttia. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimusaineisto on luonteeltaan luottamuksellista. Kaikki tunnistamiseen mahdollistavat tiedot muutetaan siten, ettei Teitä tai organisaatiotanne voida tutkimuksesta tunnistaa. Aineistoa tullaan käyttämään vain opinnäytetyössäni ja aineisto hävitetään tutkimuksen raportoinnin jälkeen.

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Ystävällisin ja kiittävin terveisin,

Aila Leponiemi

sh, lastenalan erikoissairaanhoitaja, sh (AMK), ylempi AMK-opiskelija

Liite 2. Suostumus haastatteluun osallistumisesta**SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA**

Minä _____

(nimi ja yhteystiedot)

suostun lasten kotisairaalan keskosperheiden kotikäyntiä

koskevaan haastatteluun, jossa puheenvuoroni nauhoitetaan ja kirjataan ylös.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Antamaani tietoa, tutkimusaineistoa, käsittelee vain tutkija ja

hänellä on vaitiolovelvollisuus. Aineistoa käytetään vain kyseisen

tutkimuksen tekoon, eikä minua tai organisaatiota ole mahdollista tunnistaa
vastauksista.

Kaikki haastattelemalla saatu aineisto tuhotaan analysoinnin jälkeen.

Paikka

Aika

Haastateltavan allekirjoitus

Liite 3. Haastatteluteemat ja kysymykset

1. Kenelle palvelu on tarkoitettu (keskosvauvan ikä), keitä ovat tuotteen käyttäjät? Tarjotaanko palvelua kaikille, onko rajoituksia, esim. välimatka?
2. Kuka tekee päätöksen keskosvauvan kotisairaalahoitoon siirtymisestä?
3. Mitä palvelun avulla halutaan saada aikaan, millaisia hyötyjä tavoitellaan?
4. Mitä palvelu sisältää, mitä materiaalia ja laitteita tarvitaan? Mikä on potilas-kohtainen kotikäyntien keskimääräinen tarve ja kotikäynnin ajallinen kesto?
5. Millaisia vaatimuksia keskosvauvaperheen kotikäynti sairaanhoitajalle asettaa? Kuinka pitkä työkokemus tarvitaan?
6. Miten palvelun onnistuminen arvioidaan, kysytäänkö asiakaspalautetta?
7. Mikä on sairaanhoitajan vastuu ja rooli lasten kotisairaalan keskosvauvaperheen kotikäynnillä?
8. Minkälaisia ongelmia lasten kotisairaalaan siirtyneen keskosvauvan hoidossa on tullut?
9. Minkälaisia kustannuksia tulee perheelle lasten kotisairaaloiminnasta?

